

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M. SC)

PAR
ELAINE BEAUPRÉ

HABILITATION AUX OCCUPATIONS ET RÉSILIENCE: DESCRIPTION DE CE QU'EN
PENSENT DES ERGOTHÉRAPEUTES

DÉCEMBRE 2014

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce projet de maîtrise n'aurait pas pu être possible sans la précieuse collaboration de plusieurs personnes. Tout d'abord, merci infiniment à Mme Martine Brousseau, superviseure du projet, de m'avoir si bien guidé dans la réalisation de ce projet de fin d'études et de m'avoir aidé à repousser mes limites. Ses précieux conseils, sa bonne écoute et son sens de la critique ont été des éléments concluants dans la réussite de mon essai critique. Ensuite, un merci tout spécial aux répondants qui ont bien voulu prendre le temps de compléter mon questionnaire. Sans leur contribution, mon projet n'aurait pas pu être aussi riche en informations. De plus, je remercie M. Duretic, ergothérapeute et agent de planification, programmation et recherche au Centre de réadaptation InterVal, d'avoir accepté d'être le lecteur externe de mon projet. Les commentaires émis ont permis d'accroître la qualité de mon essai. Je remercie également M. Pierre-Yves Therriault, erg. Ph.D., professeur au département d'ergothérapie de l'UQTR pour sa contribution grâce au cours ERG-6012. Les questions soulevées ainsi que les réflexions qui ont eu lieu dans le cadre des séminaires ont également contribué à rehausser la qualité de mon projet. Je tiens aussi à remercier mes consoeurs universitaires pour tout leur support et les encouragements fournis tout au long de la maîtrise. Finalement, je ne peux passer sous silence le soutien si précieux reçu de mon amoureux et de ma famille. Ils ont toujours été présents pour m'encourager, m'écouter et me conseiller. Je suis fière aujourd'hui de pouvoir partager cette réussite avec eux.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES FIGURES	v
LISTE DES ABRÉVIATIONS	vi
RÉSUMÉ	vii
1. INTRODUCTION	1
1. PROBLÉMATIQUE	2
3. CADRE CONCEPTUEL.....	8
3.1 Résilience.....	8
3.2 Résilience et ergothérapie.....	9
3.3 Habilitation aux occupations	11
3.3.1 Adapter	13
3.3.2 Revendiquer/Plaidoyer	13
3.3.3 Coacher	13
3.3.4. Collaborer	14
3.3.5 Consulter.....	14
3.3.6 Cordonner	15
3.3.7 Concevoir et réaliser	15
3.3.8. Éduquer.....	16
3.3.9. Engager	16
3.3.10. Exercer l'expertise, mettre à profit son expertise	17
3.4 Études empiriques portant sur l'habilitation aux occupations.....	17
4. MÉTHODE.....	18
4.1. Devis de recherche	18
4.2. Méthode d'échantillon	18
4.3. Collecte de données	19
4.4. Analyse des données.....	19
4.5. Critères de rigueur scientifique.....	20
4.6. Considérations éthiques	20
5. RÉSULTATS	21
5.1 Description de l'échantillon.....	21
5.2 Actions dans les stratégies d'habilitations aux occupations qui influencent le développement de la résilience.....	22
5.2.1 Engager.....	23
5.2.2. Collaborer	23

5.2.3. Adapter	24
5.2.4. Coacher	24
5.2.5. Éduquer	25
5.2.6. Revendiquer, plaidoyer	25
5.2.7. Consulter	26
5.2.8. Cordonner	26
5.2.9. Exercer son expertise	27
5.2.10. Concevoir/réaliser	27
5.2.11. Vocables utilisés par les répondants	27
5.3 Exemples cliniques de personnes rebondissant devant l'adversité	28
5.4 Thèmes reliés aux facilitateurs et aux obstacles du développement de la résilience	31
5.4.1 Facilitateurs liés au client	31
5.4.2 Facilitateurs liés à l'intervention en ergothérapie	32
5.4.3 Facilitateurs liés à l'environnement social	33
5.4.4 Facilitateurs liés à l'environnement physique/institutionnel	34
5.4.5 Facilitateurs liés aux occupations	34
5.5 Perception des ergothérapeutes sur leur pratique actuelle et quant à l'influence de leur pratique sur le développement de la résilience des clients	37
6. DISCUSSION	39
6.1 Stratégies d'habilitation aux occupations qui influencent le développement de la résilience	39
6.2 Illustrations cliniques de clients résilients	41
6.3 Thèmes reliés aux facilitateurs pour accompagner le client à développer sa résilience	42
6.4 Perception des ergothérapeutes quant à leur pratique actuelle pour favoriser le développement de la résilience	44
6.5 Forces et limites de l'étude	44
7. CONCLUSION	46
RÉFÉRENCES	48
ANNEXE A	52
ANNEXE B	53
ANNEXE C	54
ANNEXE D	57
ANNEXE E	58
ANNEXE F	63

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Lien entre l'habilitation aux occupations et la résilience.....	12
Figure 2.	Pourcentage des répondants œuvrant auprès des clientèles adultes, personnes âgées et enfants	21
Figure 3	Nombre de répondants ayant ciblé chacune des stratégies d'habilitation aux occupations	22
Figure 4	Thèmes reliés aux facilitateurs du développement de la résilience des personnes identifiés par les répondants en fonction des 83 verbatim	36

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
APIC	Accompagnement personnalisé en intégration communautaire
AVC	Accident vasculaire cérébral
MCHCC	Modèle canadien de l'habilitation centrée sur le client
PIC	Priorité d'intervention du client
PIII	Plan d'intervention interdisciplinaire individualisé
SEP	Sclérose en plaques
TCC	Traumatisme crâniocérébral/traumatisés crâniocérébraux
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

RÉSUMÉ

Introduction : À ce jour, l’habilitation aux occupations guide la pratique de l’ergothérapie. Cette approche vise à rendre les personnes capables de faire des choix, d’organiser et de gérer leurs occupations au quotidien de façon autonome. **Problématique :** La résilience, soit le fait de se mettre en action, de rebondir devant une situation adverse, est un concept émergent en réadaptation et peu d’écrits abordent les stratégies que les ergothérapeutes peuvent utiliser pour aider le client à s’adapter de façon positive à une situation adverse. **Objectif :** L’objectif du présent projet est ainsi d’explorer la perception d’ergothérapeutes quant aux stratégies d’habilitation aux occupations qui contribuent à amener la personne à s’adapter de façon positive à ses nouvelles limites et ainsi contribuer éventuellement au développement de sa résilience. **Méthode :** Il s’agit d’une étude à devis qualitatif descriptif avec un échantillon de 15 ergothérapeutes nouvellement diplômés ($n = 15$). La collecte des données a été réalisée par questionnaire envoyé par courriel. Un certificat d’éthique a été émis pour ce projet de recherche. **Résultats :** L’échantillon est constitué d’un homme et 14 femmes ergothérapeutes nouvellement diplômés dont 66% ($n=10$) ont environ un an d’expérience et 33% ($n=5$) ont environ deux ans d’expérience. Selon les répondants, les dix stratégies d’habilitation aux occupations proposées par le Modèle canadien de l’habilitation centrée sur le client (MCHCC) contribuent au développement éventuel de la résilience des clients. Les stratégies d’engager et de collaborer sont les deux plus fréquemment identifiées, soit par 80% des répondants ($n=12$), suivis des stratégies d’adapter et de coacher, identifiées par 73,3% des répondants ($n=11$). La stratégie de concevoir/réaliser est quant à elle la moins fréquemment ciblée avec seulement 20% des répondants qui l’ont identifié ($n=3$). Selon les répondants, un client résilient s’observe par une mise en action, l’acceptation de sa nouvelle situation et par le fait d’avoir une vision positive, d’être ouvert et optimiste. Cinq thèmes reliés aux facilitateurs du développement de la résilience ont été soulevées, soit ceux liés au client, aux interventions en ergothérapie, à l’environnement social, à l’environnement physique et/ou institutionnel et aux occupations. **Discussion :** Les résultats font valoir que chacune des dix stratégies d’habilitation aux occupations contribue à la mise en place de conditions favorables au développement de la résilience des personnes en réadaptation qui vivent une situation difficile. Le fait d’engager la personne dans ses occupations signifiantes quotidiennes et de l’inciter à se mettre en action permet à celle-ci de cheminer dans son processus de réadaptation et ainsi dans l’éventuel développement de sa résilience. De plus, les répondants reconnaissent l’utilité et les avantages de l’habilitation aux occupations pour les personnes et pour le développement de leur résilience. **Conclusion :** les résultats sont des rappels pour la pratique 1. qu’il est primordial que la personne soit au cœur des décisions et de sa propre démarche. Elle est l’acteur principal de sa réadaptation; 2. que plusieurs facilitateurs entrent en jeu dans le développement de la résilience; 3. que les vocables utilisés reflètent une réalité envers le client en ergothérapie.

Mots-clés : Résilience, habilitation aux occupations, ergothérapie

Key words : Resilience, enabling, occupational therapy

1. INTRODUCTION

L’engagement dans des occupations est depuis longtemps reconnu comme étant bénéfique pour la santé et le bien-être (Christiansen, 2007). Depuis près d’un siècle, le fait d’être occupé et d’avoir des routines est reconnu comme un facteur de la santé physique et mentale par plusieurs chercheurs, dont Adolf Meyer, un des fondateurs de l’ergothérapie (Christiansen, 2007). De plus, Peloquin (2007) soulève également que participer à des occupations contribue à la récupération à la suite d’un évènement traumatisant. Au fil des années, les interventions en ergothérapie ont grandement évolué afin d’améliorer la pratique, ainsi que la santé et le bien-être des personnes. Les pratiques actuelles des ergothérapeutes sont guidées par l’habilitation aux occupations. En fait, selon Townsend, Beagan, Kumas-Tan, Versel, Iwama, Landry, Stewart et Brown (2013) «l’habilitation est la compétence primordiale des ergothérapeutes» (2013, p. 129).

Faciliter l’occupation, ou habiliter aux occupations, c’est rendre capable les personnes à faire des choix, d’organiser et de s’adonner aux occupations signifiantes pour eux et contribue à la mise en place d’un changement (Townsend et coll., 2013). Ainsi, l’habilitation aux occupations vise à encourager la personne à s’engager, à se mettre en action dans un processus de changement ou d’adaptation, voire à soutenir sa résilience et ce, suite à la survenue d’un évènement traumatisant. Pour ce, le présent projet vise à explorer la perception d’ergothérapeutes quant aux stratégies de l’habilitation aux occupations qui contribuent à amener la personne à s’adapter de façon positive à ses nouvelles limites et ainsi éventuellement contribuer au développement de sa résilience.

Pour y parvenir, la problématique sera tout d’abord présentée afin d’établir la pertinence de ce projet. Ensuite, le cadre conceptuel sera abordé pour définir les concepts et la méthode sera précisée. Par la suite, les résultats de la recherche seront présentés et la discussion ainsi que la conclusion suivront.

1. PROBLÉMATIQUE

La résilience est un phénomène largement étudié dans plusieurs disciplines à un point tel que plusieurs pourraient ne plus tenter de définir le concept et d'approfondir sa signification. À l'origine, la résilience était un terme utilisé dans le domaine de la physique pour définir la caractéristique des métaux à résister aux chocs. Au fil du temps, la résilience est devenue un concept utilisé et étudié dans plusieurs domaines, qui a été attribué entre autres à une aptitude humaine et qui désigne la capacité de rebondir devant un choc ou une situation adverse. En d'autres termes, la résilience chez l'homme est le fait de rebondir, de ne pas être anéanti par la survenue d'un évènement traumatique, mais plutôt d'utiliser la situation pour se développer (une définition du concept est donnée dans le cadre conceptuel). Ce projet s'intéresse à la résilience, mais pourquoi s'attarder à ce sujet s'il est si largement étudié (par exemple, une recherche faite sur la base de données CINAHL en utilisant le mot clé «résilience» fait apparaître 2 416 entrées) ?

L'étude de la résilience a une pertinence professionnelle. Plusieurs professionnels de la santé œuvrent auprès de clients qui font face à de nombreux défis quotidiens suite à des problèmes de santé graves et qui vivent des traumatismes qui les mènent à devoir s'adapter à une nouvelle situation de vie ou à de nouvelles conditions de santé. Les professionnels de la réadaptation sont au cœur de l'accompagnement de ces personnes lourdement atteintes. Jones (2011), Williams et Murray (2013) et Michallet (2009) rapportent cet intérêt croissant en réadaptation pour la résilience (le terme réadaptation fait référence aux services spécialisés de deuxième ligne dans le système de santé au Québec).

En réadaptation, plusieurs projets ont été rapportés afin d'accompagner les personnes atteintes de problèmes de santé sévère à développer leur résilience. Le projet Priorité d'intervention du client (PIC) en est un (Charette, Cisneros, McKerral, Léveillé et Barbeau, 2011; Cisneros, Barbeau, Charette, Léveillé et McKerral, 2010). Il suggère d'établir des objectifs personnalisés avec la personne aux prises avec des séquelles importantes d'un traumatisme. Il s'agit d'une auto-évaluation à partir de réflexions sur 41 habitudes de vie. La

personne priorise celles dont elle souhaite reprendre ou améliorer sa participation et identifie également ses forces personnelles et celles de son entourage. La rétroaction fournie permet à la personne d'avoir plus de contrôle et de pouvoir et ainsi, d'augmenter sa collaboration, sa motivation et son implication dans son processus de réadaptation.

Le second projet favorisant le développement de la résilience en réadaptation est l'activité Agenda pour des personnes traumatisées crâniocérébrales (TCC) lourdement atteintes (Charette et coll., 2011). L'agenda quotidien est utilisé pour les personnes qui ont des difficultés à se souvenir de ce qu'elles doivent faire à divers moments de la vie quotidienne. Il sert à organiser et planifier leurs journées et à se mettre en action. La gestion d'un agenda favorise alors la prise de pouvoir dans son processus de réadaptation tout en rehaussant l'autodétermination et le contrôle sur sa vie et ses symptômes.

Par la suite, le projet Murmures a aussi été réalisé pour la clientèle traumatisée crâniocérébrale du centre de réadaptation Lucie-Bruneau (Charrette et coll., 2011). Il consiste pour les personnes à créer des messages empreints de sens en lien avec leur réadaptation. Ces messages écrits sont par la suite exposés dans les couloirs du centre. Ce projet invite la personne à s'investir activement dans son processus de réadaptation et à prendre part à la vie au centre de réadaptation, ainsi qu'à être active dans son processus de résilience. Cette initiative permet d'offrir un accueil chaleureux et compréhensif aux nouveaux clients pour ainsi favoriser la prise de pouvoir, leur implication et leur confiance en eux.

Un quatrième projet est celui du Fil d'Ariane (Chouinard, Melançon et Mandeville, 2012; Tardif, Richer et Chouinard, 2011). Il s'agit d'un outil de narration au début des interventions qui vise à établir des objectifs de réadaptation signifiants pour la personne contribuant ainsi à créer du sens dans le processus de réadaptation. En effet, Le Fil d'Ariane tente d'intégrer la dimension spirituelle à la réadaptation. Pour ce, le projet mise sur les forces et les ressources du client afin d'être «axé sur les facteurs de protection susceptibles d'aider l'individu à rebondir vers la santé et l'adaptation» (Tardif et coll., 2011, p.182). Ce projet optimise l'engagement de la personne ainsi que sa collaboration dans le processus de réadaptation.

Le cinquième projet recensé est l'utilisation du Plan d'Intervention Interdisciplinaire Individualisé (PIII) mis en place au Québec à l'Institut de réadaptation de Montréal (Jamet et Herniotte, 2005). Ce plan permet de cibler les forces passées et actuelles de la personne afin de construire ou de consolider son identité. La personne atteinte et son entourage participent au plan d'intervention en identifiant leurs attentes, leurs objectifs et des actions à mener. Il s'agit en quelque sorte d'un contrat entre celle-ci et l'équipe afin que les interventions répondent aux besoins, aux priorités et aux attentes ciblées. Ces auteurs rapportent deux évaluations de l'application du PIII. L'une d'entre elle démontre que 88% des professionnels et 98% des clients sont plutôt satisfaits ou très satisfaits quant à son utilisation (Jamet et Herniotte, 2005). Ces deux études ont permis de recenser 121 plans d'interventions donnant ainsi un appui empirique à la mise en place du PIII.

Un sixième projet a été recensé dans les écrits, soit l'Accompagnement Personnalisé en Intégration Communautaire (APIC) (Lefebvre, Levert et Gauvin-Lepage, 2010; Lefebvre, Levert et Imen, 2011). Il s'agit aussi d'un projet réalisé auprès des personnes qui ont subi un traumatisme crâniocérébral (TCC). Le projet APIC consiste en des interventions personnalisées et participatives qui sont centrées sur les projets de vie et les forces de la personne atteinte dans une approche écosystémique. Il consiste à accompagner des individus dans leurs activités de la vie quotidienne grâce à des accompagnateurs trois heures par semaine, pendant douze mois. L'APIC complète les services de réadaptation en offrant un service complémentaire d'accompagnement. Ce projet implique l'engagement actif des personnes, met en action leurs forces personnelles et fait appel à leur sentiment d'efficacité personnelle, ainsi qu'à leur autodétermination. L'APIC comme outil en tant que tel a été validé dans l'étude de Lefebvre et coll. (2011) menée auprès de quinze répondants ayant un TCC modéré à sévère. Les résultats préliminaires de celle-ci montrent que cet outil est valide, puisque plusieurs bienfaits ont été observés pour les personnes après six mois de participation au projet APIC, soit une plus grande satisfaction quant à leur niveau de socialisation, une meilleure gestion de leurs activités quotidiennes et un plus grand répertoire de loisirs. Cette étude donne un appui empirique à la réalisation du projet. De plus, comme accompagner la résilience est un projet exigeant, Therriault, Lefebvre, Guindon, Levert et Briand (2013) ont dans une étude qualitative fait valoir les enjeux du point de vue des accompagnateurs.

Une autre forme de projet en réadaptation répertorié dans la recension des écrits est celle de Falk-Kessler, Kalina et Miller (2012). L'étude quasi expérimentale a été menée auprès de 35 répondants atteints de sclérose en plaques (SEP). Le projet étudié consiste en un suivi multidisciplinaire jumelé à des interventions en ergothérapie. L'un des objectifs de cette recherche quasi expérimentale est d'explorer l'influence des interventions en ergothérapie sur la résilience des clients atteints de SEP. Les répondants du groupe expérimental ont reçu des interventions multidisciplinaires centrées sur leurs besoins spécifiques provenant d'ergothérapeutes, de physiothérapeutes, de psychologues, de travailleurs sociaux, de neurologues et d'infirmiers et ce, pendant huit semaines, tandis que les répondants du groupe contrôle ont reçu tous les services multidisciplinaires en fonction de leurs besoins, mais pas en ergothérapie. Les interventions en physiothérapie étaient centrées sur l'amélioration de la marche, celles des infirmiers et des neurologues étaient centrées sur la gestion des symptômes, celles en travail social étaient centrées sur les aspects financiers et celles en psychologie étaient centrées sur les aspects émotionnels. Quant aux interventions en ergothérapie, elles étaient centrées sur les occupations et sur la gestion des symptômes dans le quotidien pour optimiser l'engagement de la personne dans ses occupations. Les résultats sont concluants et démontrent une amélioration statistiquement significative du niveau de résilience chez les répondants qui ont reçu les services d'ergothérapie. Ceci laisse croire que les interventions en ergothérapie centrées sur les occupations, qui sont adaptées aux besoins spécifiques des clients et qui sont réalisées de pair avec d'autres services multidisciplinaires, permettent d'accompagner la personne atteinte de la SEP dans le développement de sa résilience. Ainsi, par l'habilitation aux occupations, l'ergothérapeute contribue à sa façon à la mise en action du client, à rehausser son engagement au quotidien, ce qui a des impacts sur une adaptation positive de la personne à sa nouvelle condition de santé.

La mise en place des projets en réadaptation recensés témoigne de la pertinence professionnelle du sujet de la résilience. Il s'agit tous de projets axés sur un processus actif et centrés sur la mise en action de la personne atteinte. De plus, ils appuient le fait que les

professionnels de la santé accompagnent la personne dans son processus de réadaptation et ainsi dans le développement de sa résilience. Toutefois, l'efficacité de ces projets prometteurs n'est pas démontrée empiriquement pour la plupart d'entre eux. Il est alors pertinent d'investiguer davantage auprès d'ergothérapeutes sur les stratégies qu'ils utilisent pour accompagner la personne devant une situation adverse dans son processus de réadaptation et dans le développement de sa résilience en tant que résultat de la réadaptation.

L'étude de la résilience a également une pertinence sociale. Les projets rapportés d'interventions auprès des personnes lourdement atteintes pour développer la résilience contribuent à améliorer la qualité des soins et à les rendre plus humanistes. On croit aussi que les personnes retrouvent une certaine qualité de vie, développent une nouvelle identité et finissent par exprimer leur autodétermination (Fougeyrollas et Dumont, 2009). Les personnes prennent ainsi en main leur vie avec le soutien de leurs proches et sont moins dépendantes à long terme des services de santé (Taillefer, 2011). Ainsi, la résilience est un levier pour l'atteinte des objectifs de réadaptation (Duretic, 2011; Taillefer, 2011; Michallet, 2009) et mène la personne avec des limitations sévères à s'engager dans un processus d'adaptation positif qui contribue ainsi à rehausser sa performance dans ses occupations quotidiennes (Lopez, 2011).

L'étude de la résilience en réadaptation a également une pertinence scientifique en ergothérapie. L'étude phénoménologique de Williams et Murray (2013) vise à décrire le processus d'adaptation occupationnelle de cinq répondants âgés qui ont subi un accident vasculaire cérébral (AVC). Les résultats suggèrent l'importance de soutenir les clients dans leurs choix et l'utilisation de stratégies d'adaptation qui influencent l'adaptation occupationnelle. Les stratégies d'adaptation sont : l'humour, le contact humain, l'expression de sa colère, la réflexion et le maintien de l'espoir. Bien que ces résultats soient intéressants afin de mieux comprendre les moyens efficaces chez cette clientèle pour s'adapter lors d'une situation adverse, cette étude n'aborde pas les stratégies utilisées par l'ergothérapeute pour favoriser un processus d'adaptation positif.

L'étude qualitative de Hoogerdijk, Runge et Haugboelle (2011) expose quant à elle comment quatre répondants traumatisés crâniocérébraux parviennent à trouver un sens à leur vie quotidienne avec leurs limitations sévères. Les résultats provenant d'entrevues ciblent quatre facteurs favorisant le processus d'adaptation, soit 1. créer une nouvelle identité; 2. reprendre ses engagements dans les occupations significatives et ce, dans le milieu naturel; 3. être conscient que le processus d'adaptation se poursuit sur une longue période, bien après la réadaptation et 4. bénéficier d'une réadaptation personnalisée et unique. Ces résultats font valoir qu'il est important de donner des opportunités pour expérimenter des occupations signifiantes en tenant compte des déficiences sévères, laisser la personne expérimenter par elle-même et la guider dans le développement de ses propres stratégies d'adaptation.

La recension des écrits sur la résilience permet de faire des constats; 1. la résilience dans le domaine de la réadaptation est un sujet en émergence; 2. plusieurs projets proposés à ce jour pour réaliser des interventions axées sur la résilience le sont pour des personnes atteintes d'un TCC; 3. peu d'écrits scientifiques existent pour outiller les ergothérapeutes dans leur pratique quant aux stratégies à utiliser pour accompagner le client dans le développement de sa résilience; 4. peu de données probantes illustrent que les occupations quotidiennes favorisent la résilience; 5. quelques écrits fournissent des exemples cliniques de clients ayant su rebondir devant l'adversité; 6. finalement, peu d'études empiriques n'explorent le lien entre les interventions en ergothérapie et le développement de la résilience. Il y a lieu d'investiguer comment des interventions en ergothérapie centrées sur l'habilitation aux occupations peuvent contribuer au développement de la résilience.

L'objectif du présent projet est ainsi d'explorer la perception d'ergothérapeutes quant aux stratégies d'habilitation aux occupations qui contribuent à amener la personne à s'adapter de façon positive à ses nouvelles limites et ainsi éventuellement contribuer au développement de sa résilience.

3. CADRE CONCEPTUEL

Cette section a pour but de présenter les concepts et le modèle théorique qui guident la réalisation de ce projet et sur lesquels le questionnaire a été basé. Le cadre conceptuel de la présente étude se base premièrement sur le concept de la résilience, deuxièmement sur le lien entre la résilience et l'ergothérapie et troisièmement, sur l'habilitation aux occupations et ses dix stratégies proposées par le Modèle canadien de l'habilitation centrée sur le client (MCHCC) (Townsend et coll., 2013).

3.1 Résilience

L'étymologie du mot résilience provient du verbe résilier du latin *resilire* qui signifie rebondir, rejaillir. Le verbe se compose du préfixe *re*, qui signifie un mouvement en arrière et de *salire* qui signifie sauter, bondir (Rey, 2006, p. 3204). Ainsi, la résilience est le fait de rebondir devant l'adversité. Elle se met en branle lorsqu'une situation adverse de grande ampleur est vécue et qui ébranle ou déstabilise (Cyrulnik, 2004; Michallet, 2009). Les écrits sur la résilience font valoir trois éléments : une capacité, un processus et un résultat. Tout d'abord, la résilience est une capacité, c'est-à-dire la qualité d'une personne à affronter des obstacles et à se développer en dépit d'éléments perturbateurs (Wagnild et Young, 1993; Connor et Davidson, 2003; Michallet, 2009). En second lieu, elle est un processus, puisqu'elle consiste en un phénomène d'adaptation et se concrétise dans des actions ou des stratégies qui permettent d'aller de l'avant dans les changements (Cyrulnik, 2004; Richardson, 2002 et 2011; Michallet, 2009). En dernier lieu, la résilience est un résultat, puisque le cheminement fait par une personne la mène à développer sa résilience (Michallet, 2009). Devenir résilient peut être une fin en soi et peut s'observer, se manifester concrètement, ce qui montre l'aspect dynamique du concept.

De plus, Lopez (2011), en ergothérapie, stipule que la résilience est la capacité de s'investir dans ses activités quotidiennes en dépit d'évènements perturbateurs. Ainsi, cette définition permet d'illustrer de quelle façon un client est perçu comme étant résilient en ergothérapie, soit quand il s'engage dans ses occupations de tous les jours malgré les défis liés à une nouvelle condition de santé ou à des limites.

3.2 Résilience et ergothérapie

Il y a un intérêt pour la résilience en ergothérapie, profession faisant partie des équipes de réadaptation, comme l'ont démontré les projets cliniques axés sur la résilience recensés dans la problématique. Plusieurs auteurs théoriques ont également établi le lien entre la résilience et l'ergothérapie.

Christiansen (2007), remonte aux origines de l'ergothérapie en explorant certains concepts émis par Adolf Meyer, psychiatre qui est un des fondateurs de la profession. Ce dernier a fait valoir que par les activités quotidiennes et en étant en action, la personne parvient à se rétablir, à répondre à ses besoins physiques et psychologiques et ainsi participe à sa vie. Selon Meyer, les expériences de la vie contribuent au développement de la résilience en permettant d'organiser et d'occuper son temps, et ce, grâce aux activités de tous les jours, que l'on appelle aujourd'hui occupations.

Ensuite, Fine (1991) démontre également un intérêt pour la résilience en ergothérapie. Cette auteure présente la résilience comme étant la capacité des clients à s'adapter à leur nouvelle condition de santé pour bien fonctionner au quotidien. Selon elle, les aptitudes ou capacités clés recensées et qui permettent de s'adapter sont entre autres avoir de l'espoir et le désir de surmonter l'épreuve, recruter son soutien social, trouver du sens et un but à la situation adverse, prendre du recul, avoir des pensées positives et appliquer des stratégies pour résoudre des problèmes. Les ergothérapeutes en offrant des interventions significantes pour les personnes influencent leur rétablissement et permettent de transformer l'adversité en possibilités grâce aux activités.

Peloquin (2007) pour sa part ajoute cinq valeurs cachées qui guident la pratique de l'ergothérapie, soit la résilience, le courage, l'imagination, l'intégrité et la pleine conscience. Selon cette auteure, la résilience est un processus et elle est un élément important pour optimiser la récupération à la suite de la survenue d'une situation traumatique. Ainsi, les ergothérapeutes accompagnent la personne dans ce processus et humanisent les services par la relation thérapeutique établie afin de faciliter le développement de la résilience. Elle reconnaît également que le client est actif et mentionne qu'en tant qu'ergothérapeute, «*we enable the*

physical, spiritual, cultural, and psychological occupations that promote health and recovery» (Peloquin, 2007, p. 476).

De plus, c'est par l'engagement dans des occupations significatives que se développe la résilience (Lopez, 2011). Pour sa part, Thibeault (2013) illustre comment des personnes lourdement affectées par entre autres des guerres, des génocides et de graves maladies parviennent, en s'engageant dans diverses occupations, à devenir résilientes. C'est en s'engageant dans des activités signifiantes qu'elles retrouvent un sens à leur vie malgré la situation terrible vécue. Ses propos sont illustrés par l'exemple suivant : il s'agit d'une dame âgée seule, sans revenu et vivant avec des limitations physiques majeures qui a perdu tous ses enfants en raison d'une maladie et qui doit s'occuper de ses nombreux petits-enfants qui, à chaque matin, prenait part à son activité de moudre du riz. Après avoir passé un moment à s'exécuter à cette tâche, elle se sentait mieux et était prête à affronter la journée avec le sourire et espoir.

En somme, la résilience est un concept dynamique et actif qui implique la mise en place de stratégies et d'actions pour s'engager dans un changement et cheminer dans un processus d'adaptation (Richardson, 2002, 2011; Michallet, 2009). Cette vision dynamique de la résilience est associée à des concepts au cœur de l'ergothérapie, soit l'engagement, l'agir et l'adaptation. Les pratiques exemplaires en ergothérapie se doivent d'être à la fois basées sur des résultats probants et sur des modèles théoriques (Townsend et coll., 2013). À cet égard, un concept théorique central à la profession est l'habilitation aux occupations dont le MCHCC propose dix stratégies pour habiliter le client, soit engager, collaborer, adapter, coacher, éduquer, revendiquer/plaidoyer, consulter, coordonner, exercer son expertise et concevoir/réaliser. Dans cette optique, il y a lieu de croire qu'en habilitant les personnes à leurs occupations, et ce, en utilisant diverses stratégies d'habilitation proposées par le MCHCC, les ergothérapeutes contribuent au développement éventuel de la résilience des personnes.

3.3 Habilitation aux occupations

La pratique de l’ergothérapie se centre sur l’habilitation aux occupations et elle implique une approche humaniste et centrée sur le client (Townsend et coll., 2013). Les concepts de base qui guident l’habilitation aux occupations sont 1. le choix, le risque et l’imputabilité; 2. la participation du client; 3. la vision des possibilités; 4. le changement; 5. la justice et 6. le partage de pouvoir (Townsend et coll., 2013, p. 118). Ces concepts sont axés sur l’implication active de la personne. En réadaptation, l’ergothérapeute est à la recherche d’occupations pour et avec son client afin de trouver le «just right challenge» et ce, en amenant la personne à vivre des expériences optimales et satisfaisantes qui contribuent à sa santé (Rebeiro et Polgar, 1999).

Le cadre théorique du MCHCC (Townsend et coll., 2013) mis de l’avant depuis 2008 par l’Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) propose aux ergothérapeutes dix stratégies d’habilitation aux occupations afin d’habiliter les clients à s’engager dans des occupations. Ce modèle de l’habilitation aux occupations fait depuis peu partie de la formation des ergothérapeutes au Canada. La figure 1 schématise les liens entre la résilience et l’ergothérapie et les stratégies d’habilitation aux occupations. Dans les prochaines lignes, les dix stratégies d’habilitation aux occupations seront définies et expliquées afin de mieux saisir leur pertinence quant au développement de la résilience.

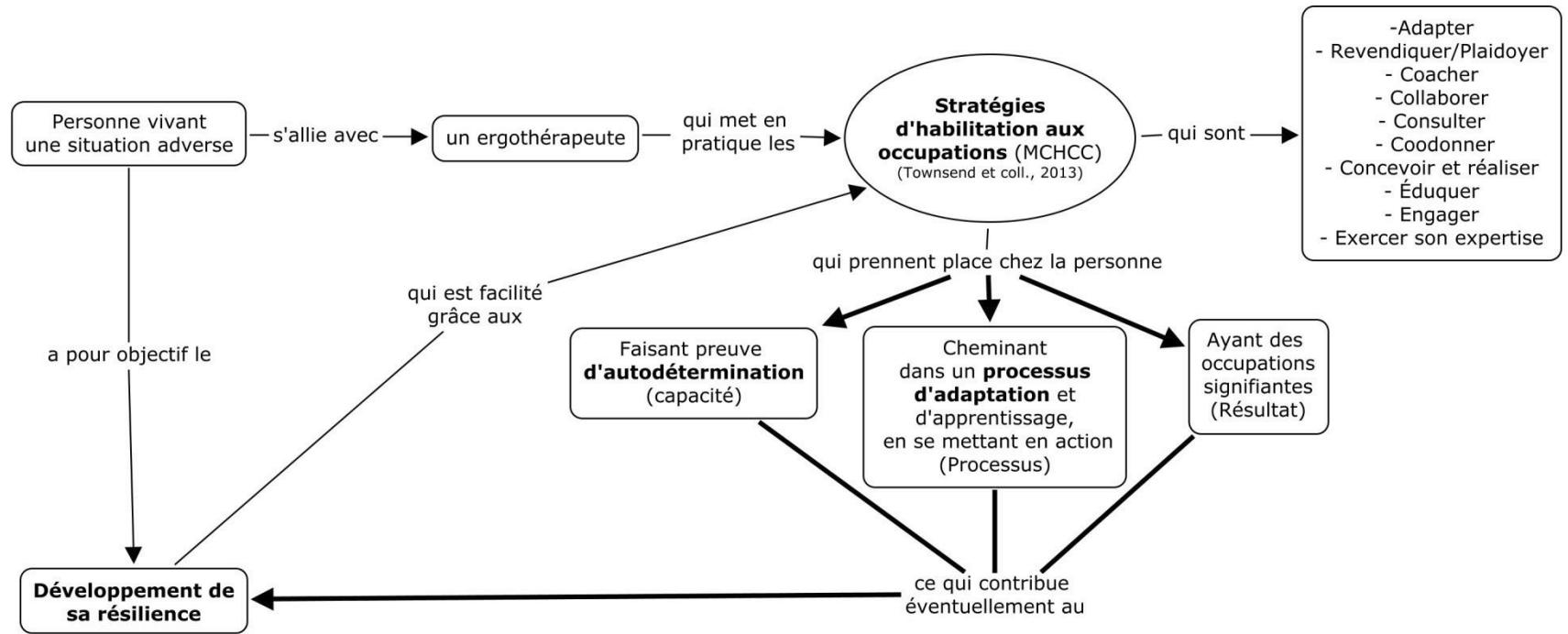


Figure 1. Lien entre l'habilitation aux occupations et la résilience

3.3.1 Adapter

L'une des habiletés du modèle de l'habilitation aux occupations est celle d'adapter. En fait, tous les individus vivent des changements occupationnels constants (Meltzer, 2001), ce qui implique un processus d'adaptation pour atténuer les défis occupationnels rencontrés continuellement (Schkade et Schultz, 1992). L'habileté d'adapter du modèle de l'habilitation aux occupations est importante pour permettre cet ajustement occupationnel. L'analyse de l'activité et de la situation propre au client permet à l'ergothérapeute de modifier ou d'ajuster l'occupation de façon spécifique à ce dernier pour lui permettre de surmonter les défis occupationnels rencontrés. Par exemple, un ergothérapeute qui adapte les tâches de cuisine en les graduant et en simplifiant des étapes pour une dame atteinte de la SEP qui a une grande fatigabilité permet à celle-ci de réaliser son occupation signifiante malgré ses limitations, mais d'une manière adaptée. L'adaptation de la tâche contribue à répondre au souhait de madame qui désire poursuivre son engagement dans cette occupation signifiante et favorise le développement de sa résilience.

3.3.2 Revendiquer/Plaidoyer

Revendiquer consiste en une autre habileté du modèle de l'habilitation aux occupations. L'ergothérapeute intervient de façon à optimiser les opportunités occupationnelles afin de permettre au client de s'épanouir par la réalisation d'occupations variées et signifiantes, en minimisant les obstacles et les limites imposées par des sources externes. La revendication peut se faire sur le plan de politiques, des décideurs administratifs, de la famille et du client lui-même. Par exemple, un ergothérapeute qui revendique les besoins et les aptitudes d'une personne traumatisée crâniocérébrale auprès d'employeurs contribue au développement de sa résilience en lui offrant des opportunités de s'engager à nouveau dans un travail valorisant et satisfaisant.

3.3.3 Coacher

Le coaching fait également partie des habiletés du modèle. Celle-ci est définie par l'*International Coaching Federation* (2014) comme étant l'habileté à établir un partenariat avec le client afin de le guider dans l'atteinte de ses objectifs personnels et professionnels, et ce, afin d'optimiser sa performance dans ses occupations et son niveau de satisfaction à

l'égard de sa qualité de vie. Le coaching soutient le développement de la résilience, puisque le client joue un rôle actif dans le processus thérapeutique. Par exemple, un ergothérapeute qui soutient une personne atteinte de fibromyalgie et qui souhaite s'investir dans sa communauté, dans les démarches pour trouver des tâches de bénévolat qui correspondent à ses capacités contribue au développement de sa résilience en lui permettant de s'engager dans une occupation signifiante. La personne fait ses recherches, établit ses priorités, ses préférences, et ce, en partenariat avec l'ergothérapeute qui pour sa part la coache et la soutient dans ses efforts à chacune des étapes afin qu'elle puisse identifier le bénévolat qui lui convient le mieux et s'y engager. Ainsi, le fait d'être guidé par les conseils de l'ergothérapeute permet à la personne d'être active dans le processus qui vise à ce qu'elle s'engage à nouveau dans une activité de bénévolat.

3.3.4. Collaborer

Collaborer est aussi une habileté du modèle de l'habilitation de l'occupation. Selon Schaeffer, plusieurs qualités sont requises pour assurer une collaboration efficace. Parmi celles-ci se retrouvent la reconnaissance de l'autre, l'intérêt pour l'autre, l'empathie, l'altruisme, l'honnêteté et la communication créatrice (2002, p.3). De plus, la collaboration est définie comme un «partage de pouvoir dans la pratique centrée sur le client» (Schaeffer, 2002 cité dans Townsend et coll., 2013, p.143). D'autre part, collaborer requiert la mise à contribution des forces et des talents de chacun afin d'optimiser les retombées positives de ce travail en équipe (Townsend et coll., 2013). Par exemple, un ergothérapeute qui collabore avec une personne récemment amputée au membre inférieur droit pour cibler les objectifs de réadaptation, ses appréhensions, ses craintes, ses attentes permet à cette dernière d'être au cœur du processus thérapeutique. Il devient l'expert de sa situation et ainsi, l'ergothérapeute encourage la mise en action de monsieur et ainsi, le développement de sa résilience.

3.3.5 Consulter

Consulter consiste en une des habiletés du modèle de l'habilitation de l'occupation. La consultation est définie comme l'action de conseiller, de guider ou de recommander. Celle-ci est présente tout au long de la démarche en ergothérapie et vise à aider le client dans l'atteinte

de ses objectifs. Il peut s'agir de consultation auprès du client ou d'un individu, de la famille ou de la communauté. Pour s'y faire, l'ergothérapeute use de son raisonnement clinique pour analyser la situation problématique et les besoins exposés par le client et ainsi proposer et échanger des idées avec celui-ci. Par exemple, un ergothérapeute qui recommande des adaptations aux installations d'un local d'une association pour personnes handicapées afin de rendre les lieux accessibles et sécuritaires en fauteuil roulant favorise la participation aux activités dans la communauté de ses membres, et contribue ainsi au développement et au maintien de la résilience.

3.3.6 Coordonner

Coordonner est une autre habileté du modèle et consiste entre autres à orchestrer, harmoniser ou organiser (Townsend et coll., 2013, p.145). L'ergothérapeute peut être appelé entre autres à coordonner des personnes, des services, des ressources et des organismes. De surcroît, cette habileté requiert, par exemple, d'être en mesure d'établir des priorités, de répartir les services et ressources, de gérer le temps alloué et les disponibilités des autres ressources. Une bonne coordination des services et ressources rend ceux-ci plus accessibles et cohérents pour le client. Il est primordial de placer le client au centre de cette coordination pour assurer l'efficacité des services. Ainsi, une coordination efficace permet au client d'avoir le soutien optimal dont il a besoin pour être habilité au changement. Par exemple, un ergothérapeute qui coordonne les soins et les services d'une personne blessée médullaire pour le maintien à domicile peut contribuer à promouvoir l'engagement du client dans ses occupations signifiantes quotidiennes à la maison. L'ergothérapeute peut entre autres coordonner les ressources quotidiennes disponibles et nécessaires pour répondre aux besoins de la personne.

3.3.7 Concevoir et réaliser

Une autre habileté du modèle est celle de concevoir et réaliser. En effet, les ergothérapeutes sont régulièrement appelés à concevoir ou réaliser des produits et des équipements, tels que des orthèses ou d'autres aides techniques (Townsend et coll., 2013, p.

146). Il en est de même pour la conception de programmes, de services ou de politiques (Clark et coll., 2001; Rebeiro, Day, Semeniuk, O'Biren et Wilson, 2001). L'objectif de concevoir et créer de nouveaux produits ou services est d'adapter l'environnement des clients pour optimiser leur engagement occupationnel. Par exemple, un ergothérapeute qui crée un mécanisme pour qu'une dame hémiplégique puisse par elle-même nourrir son chat permet à celle-ci de poursuivre l'accomplissement de son rôle de prendre soin de son animal de compagnie et de poursuivre son engagement dans cette occupation signifiante et valorisante malgré le handicap.

3.3.8. Éduquer

L'une des habiletés du modèle, qui est d'éduquer, consiste en favoriser l'apprentissage par l'expérience, expliquer, démontrer, pratiquer et enseigner des éléments aux clients (Townsend et coll., 2013). En effet, par le transfert de connaissances et le processus d'apprentissage, l'ergothérapeute crée des opportunités occupationnelles. En fait, éduquer le client favorise l'autonomisation et l'habilitation aux occupations. L'ergothérapeute agit de telle sorte à encourager à ce que la personne soit plus active et apprenne de ses expériences. Par exemple, un ergothérapeute qui enseigne des techniques et des stratégies pour faire la cuisine à une personne atteinte d'une maladie visuelle dégénérative par des mises en situation contribue à la poursuite de la réalisation de cette occupation signifiante qui lui permet d'accomplir son rôle de grand-mère et de cuisiner pour ses petits-enfants..

3.3.9. Engager

Une autre des habiletés, soit engager, signifie se mobiliser, faire, agir ou se mettre en action (Townsend et coll., 2013, p. 149). Il s'agit de l'opposé du terme passif. «La pratique centrée sur le client est fondée sur l'habileté de susciter l'engagement ou de faire s'engager des clients» (Townsend et coll., 2013, p.149). Cette incitation à se mettre en action, à être occupé, peut se faire au plan individuel, de la famille et de la communauté. Par exemple, un ergothérapeute qui offre diverses opportunités de s'engager à son client atteint de sclérose latérale amyotrophique en lui proposant et lui faisant explorer de nouvelles occupations et en

modifiant certaines d'entre-elles contribue à ce que monsieur reste actif et au maintien d'un équilibre occupationnel.

3.3.10. Exercer l'expertise, mettre à profit son expertise

La dernière habileté du modèle, soit exercer son expertise, consiste à mettre en action des modalités spécifiques propres à son champ de compétence lors d'une situation précise et unique. L'ergothérapeute doit mettre à profit ses connaissances et les transférer aux personnes afin d'optimiser leur engagement et les habiliter à leurs occupations. Par exemple, un ergothérapeute qui exerce son expertise auprès d'un jeune papa blessé médullaire en adaptant son véhicule récréatif contribue à reprendre l'engagement de ce dernier dans son activité de loisir signifiante avec sa famille. Pour s'y faire, l'ergothérapeute analyse les aptitudes du client, l'environnement et propose des interventions centrées sur l'habilitation aux occupations pour rendre possible cette activité. Grâce à l'expertise d'habiliter aux occupations de l'ergothérapeute, il est en mesure d'outiller et accompagner le jeune père dans son cheminement à travers la situation adverse vécue pour ainsi l'habiliter au changement par l'occupation.

En somme, il y a lieu de croire que les dix stratégies de l'habilitation aux occupations contribuent chacune à leur façon à développer la résilience chez les clients.

3.4 Études empiriques portant sur l'habilitation aux occupations

Jusqu'à ce jour, très peu d'études empiriques ont documenté des expériences terrains axées sur l'habilitation aux occupations. À titre d'exemples, les travaux de Néron (2013) ont exploré les stratégies d'habilitation appliquées à l'adaptation domiciliaire, alors que ceux de Papineau (2014) sont appliqués au syndrome du tunnel carpien. Ensuite, les travaux de Baril-Chauvette (2014) explorent quant à eux les stratégies d'habilitation appliquées à la clientèle arthritique et ceux de Thibodeau (2014) le sont dans le cadre des interventions auprès des personnes atteintes de maladies chroniques (maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et le diabète). Les travaux de St-Laurent (2014) quant à eux appliquent les stratégies d'habilitation auprès de jeunes personnes vivant avec une déficience intellectuelle lors de la transition à la vie adulte.

4. MÉTHODE

L'objectif de ce projet est d'explorer la perception d'ergothérapeutes quant aux stratégies de l'habilitation aux occupations qui contribuent à amener la personne à s'adapter de façon positive à ses nouvelles limites et ainsi éventuellement contribuer au développement de sa résilience. Dans cette section seront abordés le devis de recherche, l'échantillon, les outils de collecte de données, la collecte de données, l'analyse des données, les critères de rigueur scientifique ainsi que les considérations éthiques.

4.1. Devis de recherche

Ce projet de recherche se déroule dans un devis qualitatif descriptif (Fortin, 2010). Selon Fortin, une étude qualitative descriptive vise à décrire les «phénomènes humains tels qu'ils sont vécus par les répondants (2010, p. 258). Dans ce projet, la perception d'ergothérapeutes est explorée afin de documenter les stratégies de l'habilitation aux occupations qu'ils utilisent dans leur pratique courante pour favoriser le développement de la résilience de leurs clients.

4.2. Méthode d'échantillon

L'échantillonnage choisi pour ce projet de recherche est non probabiliste par convenance basée sur la recherche de répondants volontaires (Fortin, 2010, p. 234). En fait, ceux-ci ont été sélectionnés selon des critères d'inclusion. Il s'agit d'ergothérapeutes qui œuvrent après de tous types de clientèles et qui sont des récents diplômés, et ce, du fait qu'ils ont été exposés lors de leur formation à l'habilitation aux occupations (Townsend et coll., 2013).

Par la suite, l'échantillonnage s'est réalisé en deux étapes. Tout d'abord, 64 diplômés en ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) ont été contactés par courriel à la suite de l'approbation reçue par le département d'ergothérapie pour contacter les diplômés. Le contenu des courriels de sollicitation et de rappels est présent aux annexes A et B. La lettre d'information est à l'annexe C et la lettre d'approbation pour contacter les finissants en ergothérapie des deux premières cohortes est quant à elle disponible en annexe D.

4.3. Collecte de données

Pour réaliser la collecte de données, un questionnaire a été conçu à partir de la recension des écrits et a été envoyé aux répondants par courriel. Le questionnaire comprend trois sections. La première comporte quatre questions d'informations générales pour recueillir les données démographiques des répondants. La seconde partie comporte six questions ouvertes. L'une des questions cible les stratégies d'habilitation aux occupations et les répondants sont invités à énoncer lesquelles des stratégies d'habilitation influencent le développement et le maintien de la résilience chez leur client et, selon eux, en quoi elles y contribuent. Les autres questions ouvertes ont été élaborées à partir d'éléments soulevés dans la recension des écrits menée sur la résilience et la réadaptation. Finalement, la dernière section comporte trois questions d'opinion avec l'utilisation de l'échelle de Likert à sept niveaux. Ce nombre de niveaux a été choisi pour permettre un choix de réponses satisfaisant aux répondants. De plus, selon Allen et Seaman (2007), une échelle à sept points permet une fidélité des résultats satisfaisante et un des aspects importants dans la construction d'une échelle de Likert est d'inclure au minimum cinq points. Aussi, selon l'étude de Matell et Jacoby (1972), les échelles entre sept et dix-neuf points réduisent considérablement les réponses neutres ou incertaines des répondants. Ces auteurs ont également mené une étude (1971) qui démontre la fidélité de l'échelle de Likert à sept points.

Par la suite, un essai pilote a été réalisé auprès d'un ergothérapeute afin de s'assurer de la clarté des questions et du contenu ainsi que pour réduire les biais possibles. Selon Fortin, «cette étape est indispensable, car elle permet de déceler les défauts du questionnaire et d'apporter les corrections qui s'imposent» (Fortin, 2010, p. 437). À la suite de cet essai, l'ajout d'une annexe pour décrire brièvement les dix stratégies de l'habilitation aux occupations a été fait. Le questionnaire se trouve à l'annexe E.

4.4. Analyse des données

L'analyse de contenu a été réalisée dans le cadre de cette étude. Cette méthode d'analyse des données vise à mettre en évidence les thèmes ou les éléments principaux qui émergent des résultats (Fortin, 2010, p. 467). Les données ont été regroupées par thèmes et comparées entre-elles. La validation des thèmes a été faite par deux personnes (l'auteure et la

superviseure du présent projet).

4.5. Critères de rigueur scientifique

Dans le cadre de ce projet, certains critères de rigueur scientifique pour des recherches qualitatives ont été respectés afin d'assurer la qualité de l'étude (Fortin, 2010, p. 283).

Tout d'abord, le critère de crédibilité, soit la représentation fidèle de la réalité qui consiste à interpréter les informations fournies par les répondants de façon exacte (Fortin, 2010, p. 284), a été assuré par la triangulation avec les données obtenues à la suite d'une recension des écrits sur la résilience. La vérification des données a été faite par deux personnes. En second lieu, le critère de transférabilité, soit le fait que les conclusions de l'étude soient exactes de telle sorte à pouvoir les utiliser dans un contexte différent de celui de l'étude, est assuré par une description complète et détaillée des résultats qui permettent au lecteur de juger si ceux-ci sont applicables à d'autres contextes (Fortin, 2010, p. 285). En troisième lieu, la fiabilité, soit la constance des résultats de l'étude dans le temps et le contexte est assuré par la triangulation (Fortin, 2010, p. 285). Les résultats ont été vérifiés par deux personnes et comparés avec les données probantes sur le sujet. En quatrième lieu, la confirmabilité, soit la neutralité des résultats, est également assurée par la triangulation (Fortin, 2010, p. 285). En dernier lieu, d'autres éléments ont contribué à rehausser la rigueur scientifique de ce projet de recherche, soit: 1. le fait d'opter pour un échantillon de convenance qui permet d'assurer un contrôle supérieur sur ce dernier en sélectionnant des répondants qui répondent aux critères d'inclusion; 2. l'utilisation d'une échelle de Likert de sept niveaux dans le questionnaire et dont l'efficacité a été démontrée dans les données probantes; 3. la réalisation d'un essai pilote avant d'entreprendre l'étude.

4.6. Considérations éthiques

Un certificat d'éthique (CER-14-200-07.04) a été émis pour ce projet par le Comité d'éthique de la recherche de l'UQTR. Ce dernier se retrouve à l'annexe F.

5. RÉSULTATS

L'objectif du présent projet est d'explorer la perception d'ergothérapeutes quant aux stratégies de l'habilitation aux occupations qui contribuent à amener la personne à s'adapter de façon positive à ses nouvelles limites et ainsi éventuellement contribuer au développement de sa résilience. Les résultats seront présentés dans cette section en débutant par la description de l'échantillon. En deuxième lieu, les stratégies d'habilitations aux occupations qui influencent le développement de la résilience ciblées par les répondants seront abordées. En troisième lieu, des exemples de situations cliniques où un client rebondit devant l'adversité suggérés par les répondants seront présentés. En quatrième lieu, les facilitateurs identifiés pour aider un client à s'engager dans un changement seront présentés. En dernier lieu, la perception des répondants quant à l'influence que leur pratique a sur le développement de la résilience des clients sera présentée.

5.1 Description de l'échantillon

Quinze ergothérapeutes ont complété le questionnaire, ce qui constitue un taux de réponse de 23,4%. Parmi eux, 40% ($n=6$) œuvrent auprès d'adultes, 33,3% ($n=5$) œuvrent auprès de la clientèle âgée et 26,7% ($n=4$) œuvrent auprès des enfants. Ensuite, 66,6 % des répondants ($n= 10$) ont un peu moins d'un an d'expérience (10 mois) et 33,3% ($n=5$) ont un peu moins de deux ans d'expérience (22 mois). 66,6% des répondants ($n=10$) travaillent dans le secteur public et le tiers (33,3%) travaillent en milieu privé ($n=5$). L'échantillon comprend quatorze femmes et un homme.

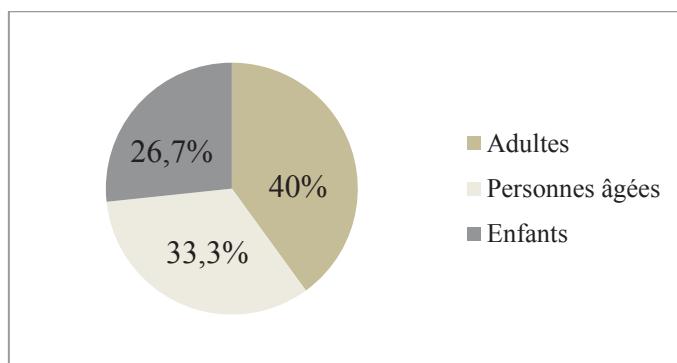


Figure 2. Pourcentage des répondants œuvrant auprès des clientèles adultes, personnes âgées et enfants

5.2 Actions dans les stratégies d'habilitations aux occupations qui influencent le développement de la résilience

Parmi les dix stratégies d'habilitations aux occupations, sept ont été identifiées comme principales pour favoriser le développement de la résilience, soit celles d'engager, de collaborer, d'adapter, de coacher, d'éduquer, de revendiquer et de consulter. Chacune des stratégies sera abordée ci-dessous dans l'ordre décroissant d'importance, c'est-à-dire en débutant par celle qui a été la plus fréquemment identifiée. La figure 3 illustre le nombre de répondants qui ont ciblé chacune des stratégies d'habilitation aux occupations.

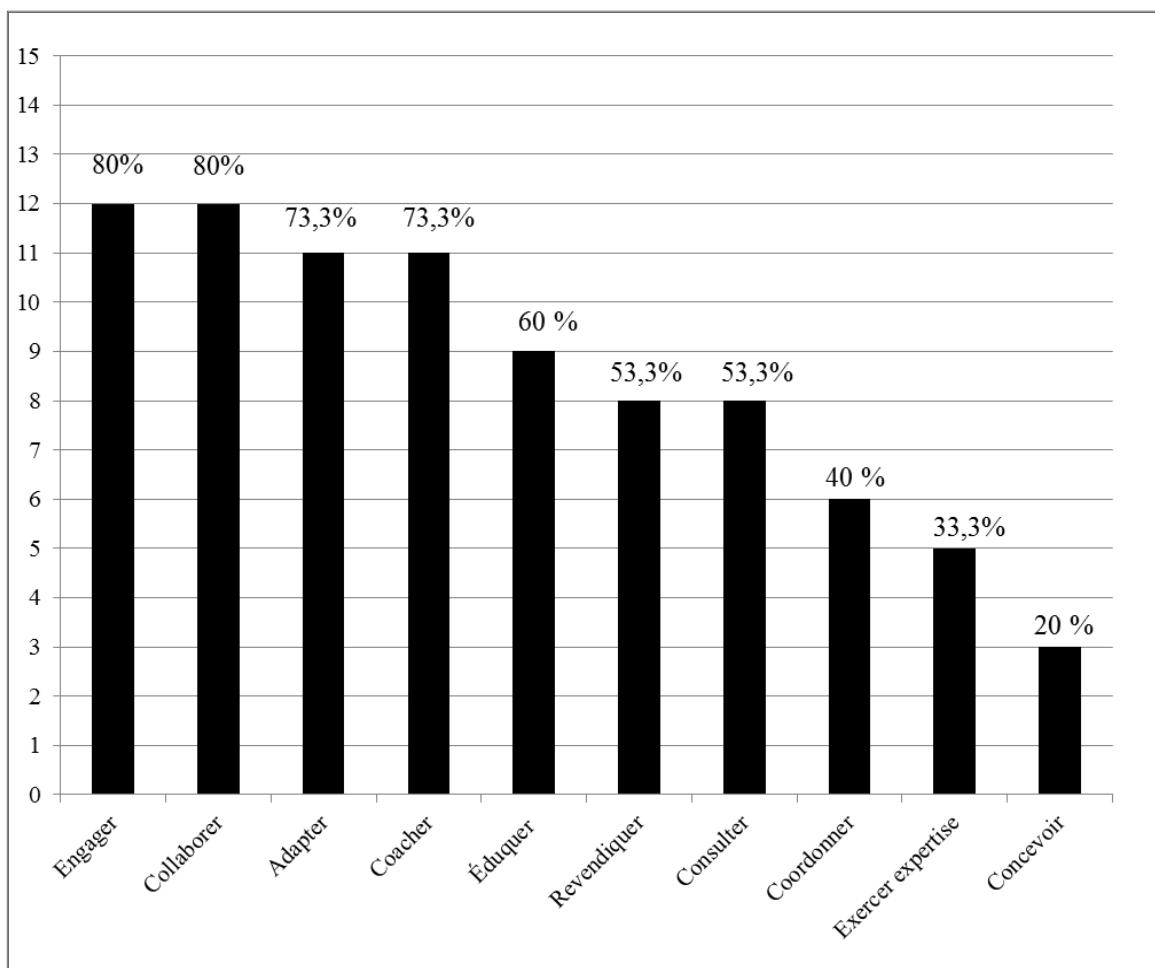


Figure 3. Nombre de répondants ayant ciblé chacune des stratégies d'habilitation aux occupations ($n^1=15$)

¹ n correspond au nombre de participants

5.2.1 Engager

Quatre-vingts pourcent des répondants (n=12) estiment que le fait d'habiliter le client à ses occupations en l'engageant est un levier vers un cheminement positif dans la réadaptation. Pour s'y faire, ceux-ci ont identifié des façons d'intervenir, soit développer la motivation occupationnelle de la personne, l'impliquer dans tout le processus, la motiver et l'encourager à se mettre en action tout en lui donnant du pouvoir. Les verbatim suivants témoignent de ces actions de la part de l'ergothérapeute: «[le fait d'engager est une] *façon de donner du pouvoir au client*» (répondant 13); «*je m'assure que mes clients soient toujours impliqués activement dans le processus de réadaptation*» (répondant 10);

Plus le client comprendra sa condition, le pronostic de récupération, les impacts, mais aussi les outils et les ressources qui sont à sa disposition, plus il les utilisera et plus il se mobilisera. C'est donc à nous de l'amener vers la mise en action (répondant 12).

De façon spécifique, une stratégie a été proposée par le répondant 09, soit de «*faire signer un mini-contrat d'engagement*» pour inciter le client à s'engager dans une occupation.

5.2.2. Collaborer

Quatre-vingts pourcent des répondants (n= 12) mentionnent que le fait de collaborer contribue au développement de la résilience. La collaboration consiste au fait d'impliquer le client dans toutes les étapes du processus de réadaptation, de travailler en équipe avec le client, ses proches et les autres professionnels de la santé en travaillant pour l'atteinte d'objectifs communs tout en considérant les besoins, les attentes et les désirs de celui-ci. Les verbatim suivants en témoignent : «*par la suite, en partenariat avec les autres membres de l'équipe et le client, j'essaie de mettre en place des simulations de travail [...] et nous essayons de trouver ensemble des moyens de faciliter leur accomplissement*» (répondant 03); «*il est important que la personne soit impliquée dans le processus de réadaptation afin de s'assurer que le processus répond à ses besoins*» (répondant 04); «*les thérapeutes travaillent ensemble avec le client et ses proches pour lui permettre d'atteindre les objectifs qu'il se fixe au plan d'intervention interdisciplinaire*» (répondant 14). De plus, il faut mettre le client au cœur des interventions, le considérer comme l'expert de sa situation et lui donner le pouvoir

qui lui revient, ainsi que le laisser prendre ses décisions comme le soulèvent plusieurs répondants : «*il est primordial pour moi d'installer clairement un climat où les personnes ont du pouvoir sur les démarches*» (répondant 07); «*collaborer avec le client et le considérer expert de sa condition facilite la démarche de l'ergothérapeute en lui permettant d'avoir un portrait réaliste de celui-ci et d'émettre des recommandations précises*» (répondant 13);

Le patient doit avoir le sentiment d'être en contrôle de sa situation afin de développer la résilience. La collaboration est primordiale dans ce cas, afin de travailler tous dans la même voie. Cela revient à dire que le client est au centre de nos interventions (répondant 09).

5.2.3. Adapter

Habiliter le client à ses occupations en adaptant, c'est-à-dire «*en graduant l'activité*» à la suite de l'analyse d'activité (répondant 02), et en adaptant l'environnement afin de rendre accessible une occupation significative contribue au développement de la résilience selon 73,3% des répondants (n=11). Ces verbatim appuient cette affirmation : «*en tant qu'ergothérapeute, je participe au développement de la capacité d'adaptation chez l'individu afin d'adapter leur quotidien suite à leur accident*» (répondant 04), «*cette stratégie permet de diminuer et d'éliminer l'influence des atteintes de la dimension de la personne ou des obstacles de l'environnement et de l'occupation sur le rendement occupationnel de l'individu*» (répondant 05), «*cette stratégie permet aux clients de palier à certaines via la modification de l'environnement*» (répondant 11).

5.2.4. Coacher

73,3% des répondants (n=11) ont affirmé que de travailler en partenariat avec le client à toutes les étapes de la réadaptation, de l'accompagner, de le responsabiliser, de le conseiller, de l'outiller et de l'encourager en mettant en évidence les succès sont des actions pour coacher la personne et l'accompagner dans le développement de sa résilience. Les verbatim suivants en témoignent: «*ensemble, nous essayons de trouver des moyens de faciliter leur accomplissement [...] et aussi l'amélioration de ses capacités à effectuer les tâches de son occupation*» (répondant 03); «*accompagner le client dans un processus de réadaptation ou de*

compensation peut permettre au client d'apprivoiser ses difficultés pour mieux y faire face», «guider de façon adéquate», «responsabiliser le client», «refléter au client les moments où il a agi de la bonne façon» (répondant 13). De plus, il doit permettre au client de prendre des décisions libres et éclairées et de lui donner le pouvoir et le contrôle sur sa réadaptation. Ce verbatim en témoigne : «le client doit comprendre que c'est lui qui a le pouvoir et le contrôle sur ce qu'il vit et que nous sommes là pour l'outiller et l'aider» (répondant 12). En fait, il s'agit d'impliquer le client et sa famille au maximum.

5.2.5. Éduquer

Soixante pourcent des répondants (n=9) soulèvent l'importance d'éduquer les clients et leurs proches afin d'optimiser le développement de la résilience. Éduquer selon eux consiste à donner des informations au client et à sa famille, enseigner divers éléments pertinents pour eux, comme des moyens d'intervention, sur le pronostic, sur les impacts de leur condition et sur le processus de réadaptation. Il s'agit aussi d'expliquer les résultats d'évaluation et surtout, de favoriser l'apprentissage et de responsabiliser le client. Les verbatim suivants appuient ces affirmations : «l'éducation, autant auprès des familles qu'auprès du client, permet habituellement à ce dernier d'avoir une meilleure résilience à son entré en CHSLD» (répondant 01); «pour développer de la résilience, ex. accepter sa condition, le client doit bien comprendre sa pathologie, le pronostic de récupération, les impacts, etc.» (répondant 12); «éduquer, c'est favoriser l'apprentissage du client. Chaque apprentissage peut permettre au client de mieux faire face à ses difficultés» (répondant 13); «le développement de la résilience peut aussi se faire en donnant de l'information au client sur le processus de réadaptation, les étapes qu'il a franchi et les étapes qu'il reste à franchir» (répondant 14).

5.2.6. Revendiquer, plaidoyer

Cinquante-trois pourcent des répondants (n=8) ont ciblé la stratégie de revendiquer pour soutenir l'adaptation positive de leur client devant une situation adverse. Revendiquer ou plaidoyer pour le client consiste selon eux en faire ressortir les besoins, les forces et le potentiel de réadaptation du client. Il s'agit également de promouvoir l'autonomie du client en revendiquant des adaptations et des services, ainsi qu'en réalisant des demandes d'aide financière et en mobilisant les ressources disponibles pour le client. Il est possible de plaidoyer

auprès du client lui-même, auprès de sa famille, auprès d'autres professionnels de la santé et auprès d'organismes, d'agents payeurs ou de prestataires de services. Les verbatim suivants appuient ces actions : «*on a le pouvoir d'aider le client en mobilisant les ressources. Ça peut se faire par le biais de discussions avec le médecin, les autres professionnels de la santé et même les agents payeurs*» (répondant 12); «*revendiquer et plaidoyer pour le client, c'est faire ressortir les forces de celui-ci ainsi que de son environnement*» (répondant 13); «*faire valoir les besoins des clients auprès des autres services*» (répondant 15).

5.2.7.Consulter

Un peu plus de la moitié, soit 53,3% des répondants (n=8) ont affirmé que la stratégie de consulter consiste en donner des conseils, des recommandations et son opinion professionnelle tel que précisé par les répondants suivants : «*en donnant des conseils et recommandations en dehors de la thérapie, il est possible de discuter de ce qui fonctionne mieux à la maison (par exemple) et de montrer à la famille que l'enfant peut progresser avec leur propre aide*» (répondant 02); «*émettre une opinion professionnelle, donner des idées ou encore des conseils au client permettra à celui-ci de voir différemment ses difficultés*» (répondant 13).

5.2.8.Cordonner

Quarante pourcent des répondants (n=6) ont ciblé la stratégie de coordonner comme étant un levier au développement de la résilience. Selon eux, le fait de coordonner consiste à arrimer les services, collaborer avec des partenaires, services ou organismes et leur donner les informations pertinentes, et à s'assurer que les démarches de références à d'autres services nécessaires pour combler tous les besoins du client soient réalisées au bon moment et selon les normes. Les verbatim suivants appuient ces actions de l'ergothérapeute : «*principalement avec la clientèle défavorisée, il est nécessaire de coordonner les services des professionnels (orthophoniste, psychologue, ergo) pour faciliter la compréhension et l'implication des parents dans le traitement de leurs enfants*» (répondant 06); «*c'est souvent à nous de faire la communication entre le médecin, les agents payeurs et les autres intervenants*», «*nous avons donc comme rôle de coordonner et de faire des liaisons entre les différents intervenants*» (répondant 12); «*s'assurer de cibler l'ensemble des besoins de la personne [...] faire les*

demandes pour que le client ait accès à tous les services dont il a besoin» (répondant 15).

5.2.9. Exercer son expertise

Le tiers des répondants, soit 33,3% (n=5) affirment que d'exercer son expertise contribue au développement de la résilience des clients. Selon eux, cette stratégie consiste au fait d'intervenir de façon compétente, juste et appropriée selon la situation du client en utilisant l'analyse de l'activité et en rendant des occupations réalisables en fonction des capacités et de l'environnement du client pour optimiser le potentiel de ce dernier tout en favorisant les réussites. Les verbatim suivants illustrent ces actions à mener pour exercer son expertise : mettre en action «*notre capacité d'analyse des activités [...] [qui] nous permet de bien mettre en application les activités et les stratégies nécessaires pour aider le client à améliorer son fonctionnement*» (répondant 03); «*exercer son expertise, c'est conseiller le client adéquatement, faire des enseignements... bref, cela englobe plusieurs habiletés*» (répondant 13).

5.2.10. Concevoir/réaliser

Vingt pourcent des répondants (n=3) ont affirmé que la stratégie de concevoir contribue à l'atteinte d'une adaptation positive. Le fait de concevoir consiste à créer des interventions, des outils et du matériel afin de permettre la reprise d'occupations significatives tel que précisent les répondants 04 et 14: «*la résilience passe parfois par l'élaboration de nouveau plan, nouvel outil*»; «*ceci est fait en adaptant une tâche ou en trouvant un aide technique ou une façon de permettre au client de reprendre les habitudes de vie qui sont les plus significantes pour lui*».

5.2.11 Vocables utilisés par les répondants

L'analyse détaillée des verbatim a permis d'observer que parmi les 86 verbatim obtenus ($n_2^2=86$) qui décrivent des actions à entreprendre pour chacune des stratégies d'habilitation aux occupations, 94,2% (n₂=81) d'entre eux contiennent un vocabulaire positif et qui fait appel à un client actif alors que 5,8% (n₂=5) renferment un vocabulaire qui laisse

² n₂ correspond au nombre de verbatim

croire que l'intervention est davantage directive. Voici ces verbatim : «*plaider auprès du client lui-même pour que l'adaptation que je désire faire soit acceptée*» (répondant 01); «*permet au patient de se sentir impliqué*» (répondant 05); «*plaider en leur faveur [client] et leur faire comprendre que c'est dans leur intérêt et que c'est excessivement important qu'ils s'y engagent (aux traitements et conseils donnés)*» (répondant 06); «*je valide donc toujours mon plan d'intervention avec le client et je demande d'emblée lors de l'entrevue quel est son but ou des attentes*» (répondant 09) et «*le patient doit avoir [...]*» (répondant 09). Le terme patient a été utilisé à plusieurs autres reprises dans divers verbatim.

5.3 Exemples cliniques de personnes rebondissant devant l'adversité

Les exemples cliniques de clients ayant su rebondir devant une situation adverse donnée par 80% des répondants ($n=12$) ont permis d'identifier trois thèmes principaux. En effet, douze répondants ont répondu à la question 6 du questionnaire. Au total, quinze verbatim ($n_2=15$) illustrent ces thèmes. Ainsi, selon les répondants, faire preuve de résilience s'observe par : 1. une mise en action et le désir de s'investir (66,6% ; $n_2= 10$); 2. une vision positive, une ouverture d'esprit et le fait d'être réceptif (20%; $n_2= 3$); 3. l'acceptation de sa nouvelle situation (13,3%; $n_2=2$). De plus, la résilience s'observe chez la personne lorsque celle-ci est soutenue par les membres de l'équipe de réadaptation ($n=58,3\%$).

La mise en action du client a été relevée par quatre-vingt pourcent des verbatim ($n_2= 10$) comme étant une manifestation de résilience. La mise en action de la personne et son désir de s'investir s'illustrent par les verbatim suivants : «[...] *M. faisait des progrès importants au niveau de sa réadaptation, et a même pu être réadmis [au centre de réadaptation], où il suit encore des traitements pour lui permettre de retrouver de plus en plus d'autonomie*» (personne post-AVC- répondant 01); «*le client se mobilise très bien, met en application les enseignements et ses objectifs chaque semaine*» (client accidenté de la route, blessure lombaire- répondant 03); «*après avoir longuement discutée avec cette dernière sur le diagnostic de son enfant, les impacts et les stratégies à favoriser, elle s'est dite soulagée et prête à affronter son quotidien différemment, en s'adaptant pour aider son fils*» (mère d'un enfant avec un diagnostic du trouble du spectre de l'autisme- répondant 06); «*elle s'est inscrite au programme des saines habitudes de vie du CSSS, ce qui lui a permis de bénéficier des*

services d'un kinésiologue» (cliente trouble de santé mentale et obésité morbide depuis peu – répondant 07); «*elle a alors entrepris des démarches afin de déménager dans une résidence mieux adaptée à ses nouveaux besoins [...] et ce, par elle-même»* (cliente vivant un vieillissement pathologique- répondant 09); «*elle travaille extrêmement fort pour réaliser de petites activités, malgré que ce soit très exigeant pour elle»* (jeune cliente atteinte maladie métabolique causant des atteintes physiques sévères-répondant 10); «*il a su impliquer une personne de confiance dans le processus (belle-sœur) ce qui a, selon moi, contribué grandement à l'engagement de monsieur»* (double amputé membres inférieurs- répondant 13); «*de plus, les objectifs du client ont toujours été placés au premier plan, l'équipe se consultait régulièrement et collaborait étroitement avec le client»* (personne ayant subi un AVC avec séquelles sévères-répondant 14); «*une personne [...] qui a trouvé de nouvelles activités significatives pour remplacer les activités sportives qu'elle ne pouvait plus pratiquer»* (personne traumatisée crâniocérébrale- répondant 15).

Un second thème qui émerge des exemples cliniques est l'ouverture d'esprit et avoir une vision positive soulevé dans vingt pourcent des verbatim ($n_2= 3$). Ainsi, une personne résiliente se manifeste par une attitude positive et optimiste. Les illustrations suivantes appuient cette affirmation : «*Cependant, à force d'en discuter, M. a accepté d'en faire l'essai et dès qu'il a utilisé le quadriporteur et qu'il a vu que cela allait lui redonner l'autonomie d'aller se promener dehors [...], il a complètement changé de vision»* (client vieillissant aux prises avec une pathologie- répondant 08); «*elle a pu passer outre les émotions difficiles qu'elle vivait et a pris en main son projet de relocalisation»* (cliente vieillissante aux prises avec une pathologie- répondant 09); «*ils portent beaucoup plus attention aux aspects positifs que négatifs»* (parents d'une jeune femme atteinte d'une maladie métabolique- répondant 10).

Un autre thème émergent est l'acceptation de sa nouvelle situation soulevé par 13,3% des verbatim ($n_2=2$). Les illustrations suivantes montrent l'association entre une personne résiliente et l'acceptation de sa situation : «*acceptant de ne plus être indépendante dans ses transferts et de bénéficier de l'aide d'un aidant pour effectuer ses transferts en autant qu'elle puisse retourner à domicile»* (cliente paraplégique avec limitations physiques majeures- répondant 05); «*quand un client arrive à comprendre et à accepter sa condition et que par la*

suite il se mobilise et met en pratique les outils que tu lui enseignes, nous avons ici un bel exemple d'un rebondissement devant l'adversité» (personne ayant eu un accident de travail-blessure chronique- répondant 12).

D'autre part, 58,3% des répondants à la question 6 (n= 7) font mention que le fait que la personne soit soutenue par un ou des membres de l'équipe de réadaptation contribue au développement de sa résilience. Les sept répondants ont fourni des exemples cliniques qui font part que la résilience s'observe à la suite d'interventions directes ou indirectes d'ergothérapeutes ou d'autres professionnels de la santé. Voici quelques verbatim qui illustrent cette affirmation:

Cela démontre que le client s'étant mobilisé pour améliorer son quotidien et ayant reçu un coup de main [de la part de l'équipe de réadaptation], il a été en mesure de rebondir devant ses difficultés et que cela lui a permis de retourner à l'ensemble de ses occupations» (répondant 03);

Après avoir longuement discuté avec cette dernière [une maman d'un jeune enfant vivant avec le trouble du spectre de l'autisme] sur le diagnostic de son enfant, les impacts et les stratégies à favoriser, elle s'est dit soulagée et prête à affronter son quotidien différemment, en s'adaptant pour aider son fil (répondant 06);

La psychologue de l'équipe a fait part au client de la confiance que ses thérapeutes avaient en lui et en son potentiel. Ceci a été un facteur motivateur à la poursuite de la réadaptation et au développement de la résilience (répondant 14).

5.4 Thèmes reliés aux facilitateurs et aux obstacles du développement de la résilience

En réponse aux questions 7 et 8 du questionnaire, les répondants ont identifié une grande variété d'obstacles et de facilitateurs qui empêchent ou contribuent aux ergothérapeutes afin d'aider le client à s'engager dans un changement. Les réponses de ces deux questions ont été regroupées, puisque les réponses d'une question étaient corollaires à l'autre. Ces obstacles et facilitateurs, illustrés par 83 verbatim ($n_2=83$), sont regroupés en cinq catégories, soit les facilitateurs reliés au client, à l'intervention en l'ergothérapie, à l'environnement social, à l'environnement physique et institutionnel, ainsi qu'à l'occupation. Ces catégories sont également retranchées en thèmes de facilitateurs. Ces résultats sont regroupés dans la figure 4.

5.4.1 Facilitateurs liés au client

39,7% des verbatim obtenus par les répondants ($n_2=33$) mentionnent des facilitateurs au développement de la résilience qui sont associés au client, soit 1. faire preuve de flexibilité, d'acceptation et d'ouverture d'esprit (10,8%); 2. faire preuve d'introspection, d'autocritique et de réflexions (8,4%); 3. avoir une vision et des perceptions positives, chasser les sentiments négatifs (4,8%); 4. collaborer, s'impliquer dans le processus de réadaptation (4,8%); 5. être motivé (3,6%); 6. avoir une condition de santé favorable (3,6%); 7. avoir des intérêts variés pour faciliter le remplacement d'une occupation (1,2%); 8. trouver un sens à la situation (1,2%); 9. être dans un processus de résilience déjà enclenché (1,2%). Tout d'abord, 10,8% des verbatim ($n=9$) font mention de la flexibilité mentale, l'acceptation et une ouverture d'esprit comme éléments qui contribuent à ce que le client s'engage dans un changement. Les verbatim suivants illustrent ces facilitateurs au changement : «*lorsque le client souhaite s'améliorer et est ouvert au changement*» (répondant 03); obstacle lorsque les clients ont une «*incapacité à accepter leur condition*» (répondant 12). Ensuite, l'introspection, l'autocritique et la réflexion contribuent également à l'engagement du client dans son processus d'adaptation selon sept verbatim (8,4%) qui s'illustrent entre autres par un «*bon niveau d'introspection*» (répondant 02), l'absence de «*déni des atteintes*» (répondant 05) et l'absence d'une «*faible autocritique*» (répondant 13). De plus, quatre verbatim (4,8%) reflètent le fait d'avoir une vision et des perceptions positives et de chasser les sentiments négatifs comme le «*sentiment de confrontation*» (répondant 02), la «*peur de la perception des autres*» (répondant 09) et la

«*perception d'incapacités importante [...] et d'une perception d'injustice*» (répondant 04) comme étant des facilitateurs à la mise en action, au fait d'aller de l'avant dans sa réadaptation. Ensuite, quatre verbatim (4,8%) identifient le fait de collaborer et de s'impliquer dans le processus de réadaptation comme facilitateurs. Ce facilitateur s'illustre par les verbatim suivants : «*partage de pouvoir*» (répondant 02); «*il est plus facile d'amener un changement qui est désiré par le client*» (répondant 10). De plus, le fait que «*le client soit motivé*» (répondant 03) a également été soulevé dans trois verbatim (3,6%) comme un facilitateur. D'autre part, le fait d'avoir une santé physique et psychologique propice à la mise en action comme un facilitateur s'illustre dans trois verbatim (3,6%) qui ciblent des obstacles, soit: «*un comportement influencé par la douleur [...] [et lors d'une] chronicisation d'une problématique*» (répondant 12); une «*variabilité de la condition (dans la journée)*» (répondant 13) et un «*état psychologique et mental [qui] affecte grandement le processus de réadaptation*» (répondant 14). Ensuite, le répondant 04 a identifié «*l'absence d'autres intérêts*» comme un obstacle pour aider le client à mener un changement. De plus, le fait de «*trouver un sens à l'événement*» est un facilitateur selon le répondant 04. Finalement, le fait d'être dans un processus de résilience déjà enclenché contribue à s'engager dans le changement selon le répondant 08 qui affirme que «*plus il est élevé [le niveau de résilience], plus la personne sera prête à changer*».

5.4.2 Facilitateurs liés à l'intervention en ergothérapie

Six facilitateurs liés aux interventions en ergothérapie ont été identifiés dans 30,1% des verbatim ($n_2=25$), soit 1. le fait d'utiliser les stratégies d'habilitation aux occupations (10,8%); 2. encourager à l'engagement et offrir des opportunités d'expériences (7,2%); 3. établir un lien thérapeutique positif (6%); 4. adopter une attitude professionnelle (3,6%); 5. partager le pouvoir avec le client (1,2%) et 6. être centré sur le moment présent et ce qui peut changer (1,2%). Tout d'abord, sept verbatim (10,8%) déterminent l'utilisation des stratégies d'habilitation aux occupations comme éléments qui aident le client à s'engager dans le processus de réadaptation. Les verbatim en témoignent : «*toutes les habiletés de l'habilitation aux occupations deviennent des leviers pour nous aider à convaincre la personne de s'engager dans un changement*» (répondant 08); «*prendre le temps d'expliquer les avantages et les inconvénients face à l'adoption d'un changement x*» (répondant 13); «*mettre [le client]*

au centre du processus de réadaptation et l'impliquer au maximum dans le choix des objectifs, des discussions et des interventions» (répondant 14). Parmi les affirmations données, on retrouve six des dix stratégies d'habilitation aux occupations, soit : coordonner, éduquer, plaidoyer, collaborer, exercer son expertise et adapter. Ensuite, six verbatim (7,2%) qui identifient que le fait d'encourager le client à s'engager et de lui offrir des opportunités d'expériences facilite la mise en action du client dans le processus de changement. Ces verbatim illustrent ce facilitateur : encourager «*la reprise des activités significatives*» (répondant 12), faire «*vivre des succès avec les essais faits*» (répondant 14). De plus, cinq verbatim (6%) ciblent que le fait de «*développer une bonne relation thérapeutique avec le client*» est un facilitateur (répondant 09). D'autre part, le fait d'avoir une attitude professionnelle favorise la mise en action du client selon ce qu'affirment trois répondants dans leurs verbatim (3,6%). Il peut s'agir de faire preuve d'«*empathie et d'ouverture face au client*» (répondant 06), ainsi que d'«*être honnête et franc avec la personne*» (répondant 13). Ensuite, le répondant 02 (1,2%) a identifié que le partage de pouvoir est un facilitateur. En dernier lieu, le répondant 04 (1,2%) a ciblé que de «*mettre une emphase sur les aspects actuels et modifiables*» facilite aussi l'implication de la personne dans le processus de changement.

5.4.3 Facilitateurs liés à l'environnement social

Trois facilitateurs liés à l'environnement social autre que l'ergothérapeute permettent d'inciter le client à mener un changement selon ce qui est mentionné dans 15,7% des verbatim ($n_2=13$). Tout d'abord, sept verbatim (8,4%) identifient la présence d'un environnement qui offre du soutien, que ce soit les intervenants ou la famille, comme un facteur favorisant le changement, tel que mentionné dans ces verbatim: «*lorsque l'équipe soutient le client et qu'elle l'aide à réaliser son changement en facilitant la transition, il est plus facile pour le client d'accepter*» (répondant 01); «*l'appui de la famille est un facilitateur très important*» (répondant 15). Ensuite, quatre verbatim (7,2%) précisent qu'un entourage ouvert d'esprit, en accord avec le changement à mener et qui a les mêmes objectifs aide les clients à s'engager dans le processus de changement. Les verbatim suivants illustrent ce facilitateur : «*les gens sont beaucoup plus enclins à changer leurs habitudes lorsque leurs proches sont en faveur du changement proposé*» (répondant 15);

Lorsque la famille est de mon côté [de l'ergothérapeute] et qu'elle tente elle aussi de convaincre le client, il peut être plus facile de faire le changement, puisqu'il y a du monde en qui il fait confiance qui croit que ça serait une bonne idée qu'il le fasse (répondant 01);

En dernier lieu, le répondant 09 (1,2%) a mentionné que «*l'expérience vicariante peut aussi faciliter le changement, surtout si le portrait de la personne qui partage son expérience ressemble au client*». Ainsi, avoir l'opportunité d'échanger avec des gens qui ont vécu la même expérience peut aider la personne à s'engager dans le changement.

5.4.4 Facilitateurs liés à l'environnement physique/institutionnel

9,6% des verbatim ($n_2=8$) permettent d'identifier deux facilitateurs qui sont liés à l'environnement physique et institutionnel du client. Six verbatim (7,2%) soulèvent le fait que d'avoir les ressources matérielles, institutionnelles et financières disponibles pour les interventions est un facilitateur important. Les verbatim suivants illustrent ces facilitateurs: «*avoir les éléments en main nécessaires pour effectuer les mises en situation*» (répondant 03);

Les facilitateurs sont très rares... L'entente de collaboration avec le CSSS pour l'accès au Prêt d'équipement en est un» et «manque de soutien [...] au niveau des structures institutionnelles, que ce soit pour le logement, l'accès aux services de santé, l'accès à des activités communautaires (répondant 07).

En dernier lieu, deux verbatim (2,4%) soulignent qu'un milieu physique adapté aux besoins du client favorise l'engagement du client en mentionnant que «*les obstacles de l'environnement physique et social*» (répondant 05) nuisent à la mise en action dans le processus de changement.

5.4.5 Facilitateurs liés aux occupations

Deux éléments facilitant l'engagement dans le changement sont liés à l'occupation. En effet, deux verbatim (2,4%) ont identifié 1. le maintien des routines comme un facilitateur, tout comme le fait de 2. réaliser des occupations réalisables, sans être trop exigeantes. Les

verbatim suivants illustrent ces facilitateurs liés à l'occupation : «*les habitudes des gens sont les principaux obstacles*» (répondant 08); «*certains enfants se découragent facilement lorsqu'ils font face à une activité exigeante*» (répondant 10).

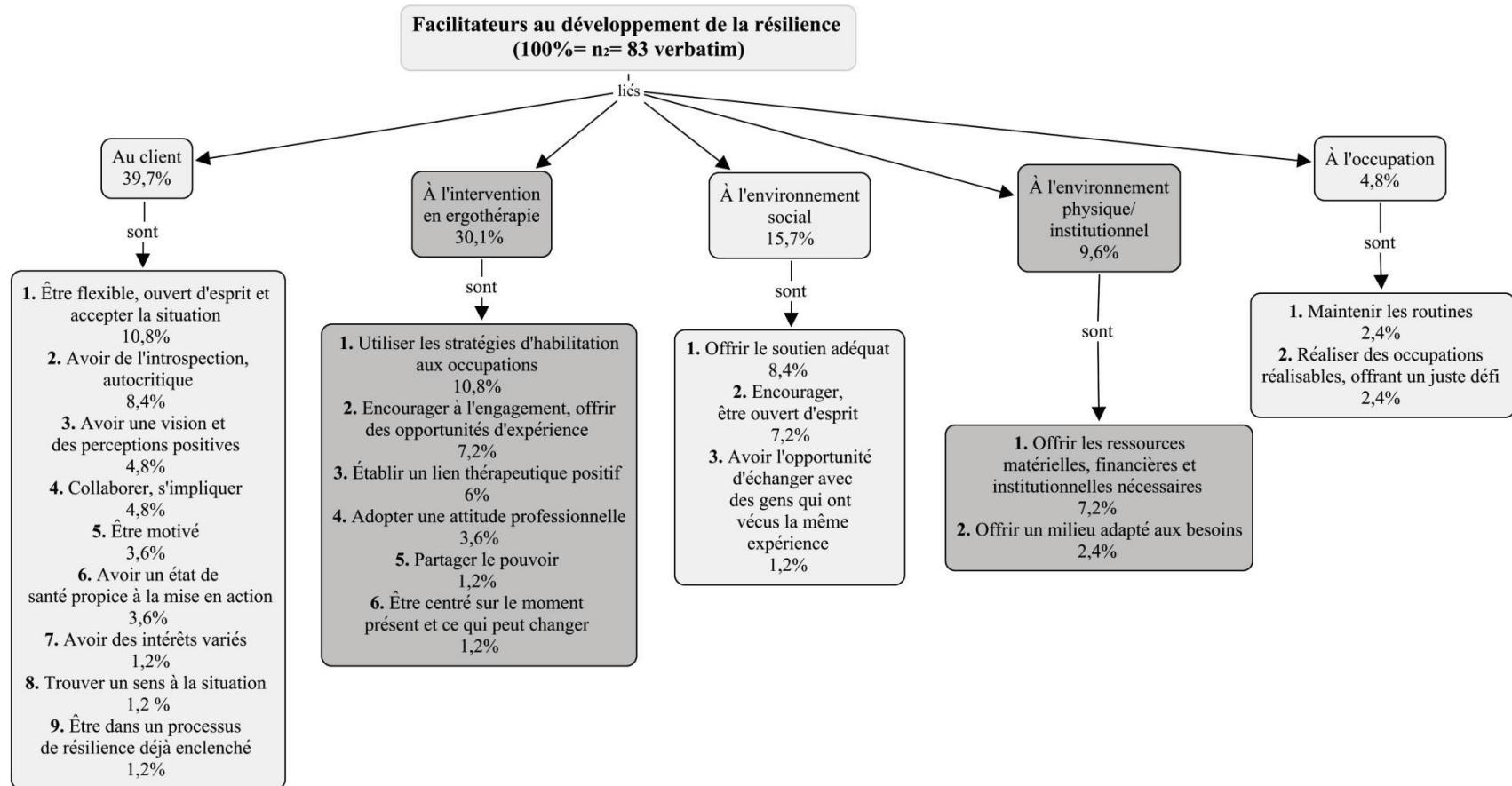


Figure 4. Thèmes reliés aux facilitateurs du développement de la résilience des personnes identifiés par les répondants en fonction des 83 verbatim (n₂=83)

5.5 Perception des ergothérapeutes sur leur pratique actuelle et quant à l'influence de leur pratique sur le développement de la résilience des clients.

Il a été demandé aux répondants d'identifier leur niveau d'accord avec trois citations sur une échelle de Likert de un à sept, un signifiant être totalement en désaccord et sept être entièrement en accord avec l'énoncé. Les réponses obtenues se retrouvent dans le tableau 1.

En réponse à la question 11 qui demande le niveau d'accord du répondant sur une échelle de Likert de un à sept avec la citation : «*lors des interventions, j'oriente mes actions et modalités de telle sorte à favoriser le développement et le maintien de l'identité personnelle du client*». 53,3% des répondants (n=8) ont coté six sur sept, 33,3% des répondants (n=5) ont coté sept sur sept et 13,3% (n=2) ont coté cinq sur sept.

Ensuite, le niveau d'accord des répondants avec la citation suivante a été demandé : «*l'ergothérapeute contribue au développement de la résilience des clients en les amenant à s'adapter aux changements*». 46,7% des répondants (n=7) sont entièrement en accord avec le fait que l'ergothérapeute favorise le développement de la résilience des personnes, 33,3% des répondants (n=5) ont coté six sur sept et 13,3% (n=2) ont coté cinq sur sept.

De plus, le niveau d'accord avec la citation suivante a été demandé : «*lors des interventions, je mise sur les forces et les compétences du client*». Quatre-vingt pourcent des répondants (n=12) sont entièrement en accord avec le fait qu'ils orientent leurs interventions en fonction des forces et des compétences des personnes, 13,3% des répondants (n=2) ont coté cinq sur sept et 6,7% des répondants (n=1) ont coté six sur sept.

Tableau 1

Nombre de répondants selon les niveaux d'accord avec les énoncés des questions 11, 12 et 13

Énoncé	Niveau d'accord sur l'échelle de Likert		
	7/7	6/7	5/7
Question 11 : «l'ergothérapeute contribue au développement de la résilience des clients en les amenant à s'adapter aux changements»	33,3% (n=5)	53,3% (n=8)	13,3% (n=2)
Question 12 : «l'ergothérapeute contribue au développement de la résilience des clients en les amenant à s'adapter aux changements»	46,7% (n=7)	33,3% (n=5)	13,3% (n=2)
Question 13 :«lors des interventions, je mise sur les forces et les compétences du client»	80% (n=12)	6,7% (n=1)	13,3% (n=2)

6. DISCUSSION

L'objectif de ce projet de recherche est d'explorer la perception d'ergothérapeutes quant aux stratégies d'habilitation aux occupations qui contribuent à amener la personne à s'adapter de façon positive à ses nouvelles limites et ainsi éventuellement contribuer au développement de sa résilience. Dans cette section, l'interprétation des résultats est présentée.

6.1 Stratégies d'habilitation aux occupations qui influencent le développement de la résilience

Les diverses stratégies d'habilitation aux occupations contribuent à un éventuel développement de la résilience pour les personnes vivant une situation adverse selon ce qui a été rapporté par les répondants. Ces résultats vont dans le même sens que les propos de Peloquin (2007) qui soutiennent que les ergothérapeutes «enable», c'est-à-dire habilitent une personne à ses occupations variées dans le but de recouvrer la santé, contribuant ainsi à la résilience. En ce sens, la présente étude fournit des données empiriques sur l'habilitation aux occupations et ajoute au corpus des connaissances.

Les répondants font valoir que certaines stratégies d'habilitation aux occupations sont davantage propices au développement de la résilience. Il s'agit de celles d'engager, de collaborer, d'adapter et de coacher, soit des stratégies qui font appel au client. En premier lieu, la stratégie d'engager est la plus fréquemment identifiée (80%). Ceci n'est pas surprenant, étant donné la vision active du concept de résilience que les répondants ont manifesté dans leurs réponses. En effet, tel que mentionné précédemment, la résilience s'illustre par l'engagement et l'implication de la personne dans son processus de réadaptation. Ainsi, en incitant l'engagement du client, cela consiste en un des ingrédients menant éventuellement au développement de sa résilience. Ce constat va dans le même sens que les résultats de l'étude de Hoogerdijk, et coll. (2011) que l'un des facteurs qui facilitent le processus d'adaptation chez des personnes traumatisées crâniocérébrales est l'engagement dans des occupations signifiantes. Les résultats de cette étude convergent vers les propos de Lopez (2011) et Thibeault (2013), soit que l'engagement dans des occupations significatives contribue au développement de la résilience.

Ensuite, quatre autres stratégies ont été identifiées dans une moindre mesure. Il s'agit de celle d'éduquer (60%), de revendiquer/plaidoyer (53,3%), de consulter (53,3%) et de coordonner (40%).

En dernier lieu, la stratégie d'habilitation aux occupations de concevoir/réaliser est la moins fréquemment identifiée par les répondants (20%), précédée de celle d'exercer son expertise (33,3%). Une explication possible du fait d'avoir moins recours à ces stratégies est que les répondants aient pu confondre celles-ci avec celle d'adapter, qui a pour sa part été rapporté plus fréquemment (73,3%) ou d'autres stratégies. En effet, des éléments portent à croire que certaines stratégies ne sont pas définies de façon exclusive ou portent à confusion pour les répondants. Par exemple, la description requérant l'analyse d'activité a été mentionnée pour deux stratégies, soit celle d'exercer son expertise et d'adapter. De plus, l'un des répondants a mentionné que le fait d'*«exercer son expertise, c'est conseiller le client adéquatement, faire des enseignements [et que] [...] cela englobe plusieurs habiletés»*. Dans ce verbatim, il y a des actions spécifiques aux stratégies de consulter et d'éduquer. Il en est de même pour les stratégies de collaborer, de coacher et de coordonner qui ont plusieurs éléments similaires dans les actions donnés par les répondants, comme établir un partenariat (coach et collaborer) ou une collaboration (collaborer et coordonner). Ce manque de précision a pu influencer les résultats des répondants qui ont pu confondre certaines stratégies ou qui ont pu avoir de la difficulté à nuancer leurs propos.

Il est également intéressant de soulever le lien effectué par les répondants eux-mêmes entre les stratégies d'habilitation aux occupations et les facilitateurs au développement de la résilience. En effet, parmi les facilitateurs liés aux interventions en ergothérapie, 10,8% des verbatim reflètent le fait que d'utiliser les stratégies d'habilitation aux occupations est un facilitateur à la résilience. Parmi ces verbatim, cinq des dix habiletés sont explicitement décrites, soit celles d'exercer son expertise, de coordonner, d'éduquer, de plaidoyer/revendiquer et de collaborer. Un des répondants affirme clairement que les dix stratégies sont des facilitateurs pour accompagner le client à développer sa résilience.

L'analyse détaillée des vocables de l'habilitation aux occupations et de la résilience utilisés par les répondants soulève un questionnement. En effet, 5,8% des verbatim contiennent un vocabulaire qui laisse croire que les interventions sont davantage directives et que le client est passif. Ce constat laisse croire que le vocabulaire de l'habilitation aux occupations, ainsi que l'approche qui vise à optimiser l'implication active du client dans sa réadaptation ne reflètent pas totalement les ingrédients essentiels au développement éventuel de la résilience. Cela traduit qu'il existe peut-être encore la pensée que le client est passif.

En somme, il y a lieu de croire que le recours aux dix stratégies d'habilitation aux occupations permet de favoriser le développement de la résilience et que les répondants connaissent l'utilité et les bienfaits celles-ci.

6.2 Illustrations cliniques de clients résilients

L'une des constatations les plus intéressantes est le fait que la majorité des répondants, soit 83,3%, ont rapporté qu'un client résilient s'illustre par le fait qu'il est actif et s'implique dans le processus de réadaptation. Ces résultats sont cohérents avec la vision de la résilience présentée dans les divers projets cliniques expliqués précédemment, soit le projet PIC, le projet Agenda, le projet Murmures, le Fil d'Ariane, l'utilisation du PIII et le projet APIC (Charrette et coll., 2011; Cisneros et coll., 2010; Chouinard et coll., 2012; Tardif et coll., 2011 ; Lefebvre, et coll., 2010; Lefebvre et coll., 2011). Ils convergent également avec les propos de Michallet (2009) qui soutient que la résilience consiste en un processus actif chez la personne. Les illustrations cliniques rapportées par les répondants se rattachent aux trois dimensions de la résilience tel que proposé par Michallet (2009) qui la définit comme une capacité, un processus et un résultat. Il est possible d'associer le fait d'avoir une vision positive et une ouverture d'esprit à la notion de capacité; d'associer le processus d'acceptation de sa nouvelle situation et l'implication du client dans le processus de réadaptation au processus; et d'associer l'engagement dans des occupations significatives ainsi que le fait d'avoir des occupations au résultat.

Ensuite, plus de la moitié des répondants (53,3%) ont également soulevé l'importance du soutien de l'ergothérapeute ou d'autres membres de l'équipe interdisciplinaire pour

favoriser le développement de la résilience. Ce constat va dans le même sens que les résultats de l'étude de Falk-Kessler et coll. (2012) qui affirment que l'ergothérapeute, grâce aux interventions centrées sur les occupations, contribue à la mise en action du client et ainsi au développement de sa résilience. Les résultats démontrent également que les interventions réalisées au sein d'une équipe interdisciplinaire sont un atout important. Ces constats vont dans le même sens que les propos de Michallet (2009) stipulant l'importance du travail en équipe.

6.3 Thèmes reliés aux facilitateurs pour accompagner le client à développer sa résilience

Par la suite, plusieurs facilitateurs au développement de la résilience ont été ciblés par les répondants. Ceux reliés : 1. au client; 2. aux interventions en ergothérapie; 3. à l'environnement social; 4. à l'environnement physique et 5. aux occupations sont très informatifs.

Le fait que le client soit motivé, trouve un sens à sa situation et a des pensées positives contribue au développement de sa résilience selon les répondants et ce constat rejoint les propos de Fine (1991). De plus, les bienfaits de donner un sens à son nouveau quotidien sont également reconnus dans les projets Le Fil d'Ariane et Murmures (Chouinard et coll., 2012; Tardif et coll., 2011; Charette et coll., 2011). Ensuite, le facilitateur au développement de la résilience qu'est le processus de réflexion de la personne est cohérent avec les résultats de l'étude de Williams et Murray (2013) qui ciblent la réflexion et le fait de se parler à soi-même comme une stratégie d'adaptation aux nouvelles occupations chez des clients ayant subi un AVC.

Ensuite, plusieurs facilitateurs liés aux interventions en ergothérapie sont appuyés scientifiquement. Premièrement, celui qui consiste à ce que l'ergothérapeute encourage la personne à s'engager et lui offre des opportunités de vivre des expériences est congruent avec les propos d'Adolf Meyer repris par Christiansen (2007) pour lesquels les expériences de la vie quotidienne contribuent au développement de la résilience. Ainsi, c'est en offrant des opportunités variées à s'engager dans des occupations signifiantes que la personne se met davantage en action. Les résultats de l'étude de Hoogerdijk et coll. (2011) vont également

dans le même sens de ce facilitateur en affirmant que les ergothérapeutes se doivent d'offrir des opportunités occupationnelles pour permettre à la personne de mieux se connaître et ainsi faciliter son cheminement dans le processus d'adaptation. Deuxièmement, le fait d'établir une relation thérapeutique positive a aussi été soulevé par les répondants, ce qui est cohérent avec les résultats de l'étude de Williams et Murray (2013) qui parmi cinq stratégies d'adaptation aux nouvelles occupations ont identifié celle d'établir des contacts humains de qualité. Peloquin (2007) a également soulevé que d'établir une bonne relation thérapeutique et d'humaniser les services grâce aux qualités interpersonnelles et professionnelles des ergothérapeutes permettent d'accompagner les personnes dans le développement de leur résilience.

Par ailleurs, un des facilitateurs identifiés lié à l'environnement social qui est la présence d'un entourage soutenant va dans le même sens que les propos théoriques de Fine (1991) qui stipulent que le processus de résilience est rendu possible en partie grâce au recrutement d'un soutien social. De plus, un répondant a soulevé que le fait d'offrir une opportunité au client d'échanger avec des personnes qui ont vécu la même expérience est bénéfique pour l'aider à développer sa résilience. Cette idée est également derrière le projet Murmures qui favorise les échanges entre les clients traumatisés crâniocérébraux du service de réadaptation qui vivent des expériences semblables (Charrette et coll., 2011).

Ensuite, le facilitateur identifié qui est d'avoir des occupations现实的 et adaptées aux besoins du client est cohérent avec la théorie du «*just right challenge*». Cette association va dans le même sens que les notions présentées dans l'écrit de Rebeiro et Polgar (1999) qui soulèvent qu'il est essentiel que la personne puisse vivre des expériences optimales, des succès et réaliser de façon satisfaisante ses occupations quotidiennes et signifiantes malgré la présence de limitations. L'ergothérapeute, grâce à l'analyse de l'activité et entre autres à la stratégie d'adapter, est en mesure de suggérer des moyens afin que la personne puisse reprendre une occupation en fonction de ses nouvelles capacités (Townsend et coll., 2013).

6.4 Perception des ergothérapeutes quant à leur pratique actuelle pour favoriser le développement de la résilience

Il est intéressant de noter que tous les répondants sont fortement en accord et entièrement en accord avec le fait qu'ils orientent leurs interventions de telle sorte à développer ou maintenir l'identité personnelle de leurs clients. L'importance de la construction de l'identité dans le processus de réadaptation est cohérent avec les propos théoriques soulevés par Fougeyrollas et Dumont (2009). En effet, ces auteurs affirment que «la résilience est présente quand la personne vit un processus de construction identitaire favorable en dépit des obstacles et des ruptures» (p. 22), d'où l'importance d'offrir des opportunités à celle-ci de vivre des expériences pour apprendre à mieux se connaître et à encourager ce processus. De plus, le développement identitaire pour favoriser l'engagement du client est également reconnu dans l'utilisation du PIII (Jamet et Hemiotte, 2005). Il est donc intéressant de constater que les répondants reconnaissent l'importance d'appuyer la construction identitaire dans le processus de réadaptation.

6.5 Forces et limites de l'étude

Une des forces de la présente étude est qu'elle fournit des données riches sur les stratégies d'habilitation aux occupations encore peu étudiées. De plus, il y a lieu de croire que les données obtenues sont fiables et valides. Il s'agit d'une étude inédite en soi qui contribue aux connaissances sur l'habilitation aux occupations et la résilience.

Cette étude comporte également certaines limites à considérer dans l'interprétation des résultats. Tout d'abord, la méthode d'échantillonnage en est une de convenance, ce qui limite la généralisation des résultats (Fortin, 2010, p. 234). La majorité des répondants ayant moins d'un an d'expérience ne représente pas l'ensemble des ergothérapeutes dans une communauté et dans la province, malgré la richesse des réponses obtenues. La méthode de collecte de données par questionnaire représente une limite en soi, car les répondants n'ont pas pu justifier leurs réponses. Il y a lieu de croire que de réaliser des entrevues aurait permis d'obtenir des informations plus détaillées et d'étudier le sujet plus en profondeur (Fortin, 2010, p. 262-263). Ensuite, une autre source de biais concerne les propriétés métrologiques du questionnaire. Bien qu'un essai pilote a été réalisé, ce dernier n'a pas fait l'objet d'une étude de validité et de

fidélité. Finalement, il y a lieu de se questionner s'il y a eu atteinte de la saturation des données avec les quinze répondants, puisque chacun d'eux fournissait de nouvelles informations (Fortin, 2010, p. 272).

7. CONCLUSION

L'objectif de cette étude était d'explorer la perception d'ergothérapeutes quant aux stratégies d'habilitation aux occupations qui contribuent à amener la personne à s'adapter de façon positive à ses nouvelles limites et ainsi éventuellement contribuer au développement de sa résilience. Les résultats démontrent que les stratégies d'habilitation aux occupations contribuent à la mise en place de conditions favorables au développement de la résilience des personnes en réadaptation qui vivent une situation difficile. Le fait d'engager la personne dans ses occupations signifiantes quotidiennes et de l'inciter à se mettre en action permet à l'ergothérapeute d'accompagner celle-ci à cheminer dans son processus de réadaptation et ainsi dans le développement de sa résilience. Selon les répondants, chacune des dix stratégies de l'habilitation aux occupations est utile et pertinente pour inciter la personne à participer activement à sa réadaptation, en particulier celles d'engager, de collaborer, d'adapter et de coacher. Donc de par ses interventions centrées sur l'habilitation aux occupations, l'ergothérapeute occupe une position privilégiée pour aider le client à éventuellement développer sa résilience.

Les résultats de la présente étude sont un rappel qu'il est primordial que la personne soit au cœur des décisions et de sa propre démarche. Elle est l'acteur principal de sa réadaptation. Pour ce, les ergothérapeutes offrent des opportunités à la personne de se mettre en action et de s'investir pour ainsi éventuellement développer sa résilience et s'adapter de façon positive à sa nouvelle condition de santé. Ces résultats sont aussi un rappel que plusieurs facilitateurs entrent en jeu. En agissant sur ceux-ci, l'ergothérapeute soutient la personne dans son processus de réadaptation et dans l'éventuel développement de sa résilience. De plus, il y a également lieu de croire que les vocables utilisés par les ergothérapeutes reflètent une réalité importante envers le client. Ainsi, le vocabulaire associé à l'habilitation aux occupations tend à être positif et actif.

L'analyse des données recueillies dans le présent projet invite à poursuivre l'investigation de l'importance des stratégies d'habilitation aux occupations auprès de cliniciens de divers horizons dont entre autres de cliniciens ayant davantage d'expérience. À

ce moment, une recherche-action serait utile car les notions d'habilitation aux occupations sont récentes et une appropriation s'avèrerait nécessaire pour eux.

RÉFÉRENCES

- Allen, I. E., & Seaman, C. A. (2007). Likert scales and data analyses. *Quality Progress, 40*(7), 64-65.
- Baril-Chauvette, K. (2014). *Le suivi des personnes atteintes d'arthrite rhumatoïde: interventions et perceptions d'ergothérapeutes*. Essai non-publié. Université du Québec à Trois-Rivières. Trois-Rivières.
- Charette, G., Cisneros, E., McKerral, M., Léveillé, G., & Barbeau, A.-K. (2011). Des outils cliniques facilitant la résilience auprès de la clientèle ayant subi un traumatisme crâniocérébral en réadaptation. *Développement humain, handicap et changement social, 19*(01), 51-56.
- Chouinard, J., Melançon, G. G., & Mandeville, L. (2012). Le Fil d'Ariane: Un outil favorisant la résilience en réadaptation. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, 93*(1), 135-157.
- Christiansen, C. (2007). Adolf Meyer revisited: Connections between lifestyles, resilience and illness. *Journal of Occupational Science, 14*(2), 63-76.
- Cisneros, E., Barbeau, A.-K., Charette, G., Léveillé, G., & McKerral, M. (2010). Autodétermination et résilience en réadaptation avec l'outil Priorités d'intervention du client (PIC). *Frontières, 22*(1-2), 85-88.
- Clark, F., Azen, S. P., Carlson, M., Mandel, D., LaBree, L., Hay, J., . . . Lipson, L. (2001). Embedding Health-Promoting Changes Into the Daily Lives of Independent-Living Older Adults Long-Term Follow-Up of Occupational Therapy Intervention. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 56*(1), p. 60-63.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*(2), 76-82. doi: 10.1002/da.10113.
- Cyrulnik, B. (2004). *Les vilains petits canards*. Paris: Odile Jacob.
- Duretic, A. (2011). L'impact de la résilience sur le processus de réadaptation, une réflexion à poursuivre. *Développement humain, handicap et changement social, 19*(01), 173-178.
- Falk-Kessler, J., Kalina, J. T., & Miller, P. (2012). Influence of Occupational Therapy on Resilience in Individuals with Multiple Sclerosis. *International Journal of MS Care, 14*(3), 160-168.
- Fine, S. B. (1991). Resilience and human adaptability: Who rises above adversity? *American*

- Journal of Occupational Therapy, 45(6), 493-503.*
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (2e éd.). Montréal: Chenelière Éducation.
- Fougeyrollas, P., & Dumont, C. (2009). Construction identitaire et résilience en réadaptation. *Frontières, 22(1-2), 22-26.*
- Hoogerdijk, B., Runge, U., & Haugboelle, J. (2011). The adaptation process after traumatic brain injury An individual and ongoing occupational struggle to gain a new identity. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 18(2), 122-132.* doi: 10.3109/11038121003645985.
- International Coach Federation. (2014). Coaching FAQs. Page consultée à <http://www.coachfederation.org/index.cfm>.
- Jamet, C., & Herniotte, C. (2005). Le PIII: au service de la résilience? *Recherche en soins infirmiers, 3 (82), 62-70.*
- Jones, D. (2011). Rehabilitation and resilience. *International Journal of Therapy & Rehabilitation, 18(5), 247-247.*
- Lefebvre, H., Levert, M.-J., & Gauvin-Lepage, J. (2010). Intervention personnalisée d'intégration communautaire (IPIC) et résilience: Pourquoi revenir à la vie, si celle-ci n'a plus de sens? *Frontières, 22(1-2), 78-84.*
- Lefebvre, H., Levert, M.-J., & Imen, K. (2011). Un accompagnement personnalisé d'intégration communautaire en soutien au développement de la résilience; vers un modèle. *Développement humain, handicap et changement social, 19(01), 103-110.*
- Lopez, A. (2011). Posttraumatic stress disorder and occupational performance: building resilience and fostering occupational adaptation. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation, 38(1), 33-38.*
- Matell, M. S., & Jacoby, J. (1971). Is There an Optimal Number of Alternatives for Likert Scale Items? Study I: Reliability and Validity. *Educational and Psychological Measurement, 31(3), 657-674.*
- Matell, M. S., & Jacoby, J. (1972). Is there an optimal number of alternatives for Likert-scale items? Effects of testing time and scale properties. *Journal of Applied Psychology, 56(6), 506-509.* doi: 10.1037/h0033601.
- Meltzer, P. (2001). Using the Self-Discovery Tapestry to Explore Occupational Careers. *Journal of Occupational Science, 8(2), 16-24.* doi : 10.1080/14427591.2001.9686485.
- Michallet, B. (2009). Résilience: Perspective historique, défis théoriques et enjeux cliniques. *Frontières, 22(1-2), 10-18.*

- Néron, S. (2013). *La perspective des ergothérapeutes sur les défis rencontrés dans leur pratique en adaptation domiciliaire* (Essai critique de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières). Repéré à <http://depot-e.uqtr.ca/6896/1/030583943.pdf>.
- Newman, R. (2005). APA's Resilience Initiative. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(3), 227-229. doi: 10.1037/0735-7028.36.3.227.
- Papineau, K. (2014). *Pour avoir tous les atouts en main : proposition d'un suivi en ergothérapie auprès de personnes atteintes du syndrome du canal carpien basé sur l'approche participative du patient partenaire de soins, l'habilitation aux occupations centrée sur le client et les données probantes*. Essai non-publié. Université du Québec à Trois-Rivières. Trois-Rivières.
- Peloquin, S. M. (2007). A reconsideration of occupational therapy's core values. *American Journal of Occupational Therapy*, 61(4), 474-478.
- Rebeiro, K. L., Day, D. G., Semeniuk, B., O'Brien, M. C., & Wilson, B. (2001). Northern Initiative for Social Action: an occupation-based mental health program. *American Journal of Occupational therapy*, 55(5), 493.
- Rebeiro, K. L., & Polgar, J. M. (1999). Enabling Occupational Performance: Optimal Experiences in Therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 66(1), 14-22. doi: 10.1177/000841749906600102.
- Rey, A. (2006). *Dictionnaire historique de la langue française* (Éd. enrichie / par Alain Rey et Tristan Hordé.. éd.). Paris: Dictionnaires Le Robert.
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307-321. doi: 10.1002/jclp.10020.
- Richardson, G. E. (2011). Applications of the metatheory of resilience and resiliency in rehabilitation and medecine. *Développement humain, handicap et changement social*, 19(01), 35-42.
- Schaeffer, J. (2002). *Community and communication in a diverse society*. Chicago: University of Chicago press.
- Schkade, J. K., & Schultz, S. (1992). Occupational adaptation: toward a holistic approach for contemporary practice, Part 1. *American Journal of Occupational therapy*, 46(9), 829-837.
- St-Laurent, P. (2014). *Le rôle de l'ergothérapie au Québec dans la transition à la vie adulte de jeunes présentant une déficience intellectuelle*. Essai non-publié. Université du Québec à Trois-Rivières. Trois-Rivières.

- Taillefer, M.-C. (2011). Comment favoriser la résilience chez nos patients? *Développement humain, handicap et changement social*, 19(01), 141-146.
- Tardif, J., Richer, C., & Chouinard, J. (2011). Pour être efficace, toute réadaptation doit être chargée de sens. *Développement humain, handicap et changement social*, 19(01), 179-184.
- Therriault, P.-Y., Lefebvre, H., Guindon, A., Levert, M.-J., & Briand, C. (2013). Accompagnement citoyen personnalisé en intégration communautaire: un défi pour la santé mentale? *Santé mentale au Québec*, 38(1), 165.
- Thibeault, R. (2013, août). *Construire sa résilience au-delà des mots: la puissance de l'agir*. Communication présentée dans le cadre du Colloque étudiant 2013 à la maîtrise en ergothérapie à l'Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières.
- Thibodeau, K. (2014). *Une perspective occupationnelle de l'autogestion des maladies chroniques, soit le diabète et la maladie pulmonaire obstructive chronique*. Essai non-publié. Université du Québec à Trois-Rivières. Trois-Rivières.
- Townsend, E. A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., ... Brown, J. (2013). Habiliter : La compétence primordiale en ergothérapie. Dans E. A. Townsend, & H. J. Polatajko (Eds.), *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2ed. version française Noémi Cantin, pp.103-158). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165.
- White, B., Driver, S., & Warren, A. (2008). Considering resilience in the rehabilitation of people with traumatic disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 53(1), 9-17.
- Williams, S., & Murray, C. (2012). The lived experience of older adults' occupational adaptation *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(1), 39-47.

ANNEXE A
COURRIEL DE SOLICITATION



Objet du courriel : Invitation à participer à un projet de maîtrise sur la résilience et les interventions en ergothérapie

2014/04/14

Chers ergothérapeutes,

Je m'appelle Elaine Beaupré et je suis étudiante à la maîtrise en ergothérapie. Je réalise mon projet de fin d'études sur le thème de la résilience et les interventions en ergothérapie, sous la supervision de Mme Brousseau, professeure au département d'ergothérapie. Votre collaboration en répondant au questionnaire qui ne devrait prendre que 45 minutes de votre temps serait grandement appréciée.

En pièce jointe, vous trouverez la lettre d'information concernant le projet, le formulaire de consentement et le questionnaire. Si cela est possible, il serait apprécié que vous retourniez le questionnaire complété avant le 2 mai 2014 à l'adresse suivante : ergo.recherche@uqtr.ca

Pour davantage d'informations, n'hésitez pas à me contacter à cette adresse courriel :
elaine.beaupre@uqtr.ca

Cordiales salutations

Elaine Beaupré
Étudiante à la maîtrise en ergothérapie, UQTR

ANNEXE B
COURRIEL DE SOLICITATION : RAPPEL



Objet du courriel : RAPPEL- Invitation à participer à un projet de maîtrise sur la résilience et les interventions en ergothérapie

Chers ergothérapeutes,

Ce courriel a pour but de faire un second rappel qu'il est encore temps de participer à l'étude sur la résilience et les interventions en ergothérapie.

Pour le moment, je n'ai reçu que 6 questionnaires complétés. J'aurais aimé en recevoir un plus grand nombre.

Ainsi, le délai pour compléter le questionnaire est reporté jusqu'au 18 mai, afin d'obtenir un plus haut taux de réponse et vous laisser davantage de temps pour y répondre.

La lettre d'information, le formulaire de consentement et le questionnaire se retrouvent en pièce jointe.

S'il vous plaît, ne pas oublier de me retourner le questionnaire à l'adresse :
ergo.recherche@uqtr.ca

Je vous remercie pour votre précieuse collaboration.

Pour davantage d'informations, n'hésitez pas à me contacter à cette adresse courriel :
elaine.beaupre@uqtr.ca

Cordiales salutations

Elaine Beaupré

Étudiante à la maîtrise en ergothérapie

ANNEXE C
LETTRE D'INFORMATION



LETTRE D'INFORMATION

Invitation à participer au projet de recherche «*Résilience et interventions en ergothérapie: exploration de ce qu'en pensent des ergothérapeutes*»

Elaine Beaupré,

Étudiante à la maîtrise en ergothérapie

Supervisée par Mme Martine Brousseau, professeure au département d'ergothérapie

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre les stratégies utilisées par des ergothérapeutes dans leur pratique pour développer la résilience chez leurs clients serait grandement appréciée.

Objectifs

Les objectifs de ce projet de recherche sont d'explorer ce que pensent des ergothérapeutes nouvellement diplômés de la façon dont les stratégies à l'habilitation aux occupations permettent de soutenir ou de favoriser le développement de la résilience. Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

Tâche

Votre participation à ce projet de recherche consiste à répondre à un questionnaire sur les

stratégies que vous utilisez dans votre pratique pour favoriser la résilience des clients. La durée estimée pour compléter ce questionnaire est de 45 minutes. Il serait apprécié que le questionnaire soit retourné avant le 2 mai 2014.

Risques, inconvénients, inconforts

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit environ 45 minutes, demeure le seul inconvénient.

Bénéfices

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de la résilience et les occupations est le seul bénéfice direct prévu à votre participation. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée, car le questionnaire ne contient aucune donnée nominative. Une fois le questionnaire complété, vous êtes invité à le retourner à l'adresse courriel Ergo.recherche@uqtr.ca. Seules la chercheuse principale et la superviseure, Mme Brousseau, auront accès aux questionnaires envoyés à cette adresse. La saisie des données obtenues dans le questionnaire sera réalisée par la chercheuse. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme de communication à un colloque, sous forme d'essai critique ou d'article scientifique, ne permettront pas d'identifier les répondants.

Les données recueillies seront conservées dans un dossier électronique sécurisé dans un ordinateur verrouillé par un code au local 3817 du pavillon de la santé. Le local est verrouillé. Les seules personnes qui y auront accès sont la chercheuse et la superviseure du projet de recherche. Elles seront détruites dans cinq ans et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Elaine Beaupré, étudiante à la maîtrise en ergothérapie, à l'adresse suivante : elaine.beaupre@uqtr.ca.

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

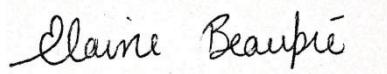
Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-14-200-07.04 a été émis le 4 avril 2014.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca

En cliquant sur ce lien, vous indiquez :

- avoir lu l'information
- être d'accord pour participer

[Questionnaire aux ergothérapeutes.docx](#)



Date : 14 avril 2014

Elaine Beaupré

Étudiante à la maîtrise en ergothérapie

Numéro du certificat : CER-14-200-07.04

Certificat émis le 14 avril 2014

ANNEXE D
LETTRE D'APPROBATION DU DÉPARTEMENT D'ERGOTHÉRAPIE



Le 26 février 2014

Comité d'éthique de la recherche auprès des êtres humains
Université du Québec à Trois-Rivières

Objet : Projet d'Élaine Beaupré, étudiante à la maîtrise en ergothérapie

Madame, Monsieur,

J'ai pris connaissance du projet de l'étudiante à la maîtrise en ergothérapie intitulé « Résilience et interventions en ergothérapie : Exploration de ce qu'en pensent des ergothérapeutes ». Le projet est pertinent pour la profession. Comme département, nous soutenons le fait que les étudiants réalisent des études terrain. Pour ce, elle a notre appui pour contacter les diplômés de l'UQTR en ergothérapie. Nous gardons à jour la liste des courriels des diplômés pour les informer des nouvelles du département. C'est avec plaisir que nous mettrons cette liste à la disposition de l'étudiante pour son projet de fin d'études à la maîtrise en ergothérapie.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.


Martine Brousseau, erg. Ph. D.
Directrice du département d'ergothérapie
Université du Québec à Trois-Rivières
Tél. : (819) 376-5011, poste 3726
Martine.Brousseau@uqtr.ca

MB/k

ANNEXE E
QUESTIONNAIRE

Résilience et interventions en ergothérapie: Exploration de ce qu'en pensent des ergothérapeutes

Par : Elaine Beaupré, étudiante à la maîtrise en ergothérapie

Supervisée par: Mme Martine Brousseau, professeure du département d'ergothérapie

Une fois le questionnaire complété, il serait grandement apprécié de le retourner d'ici le

2 mai 2014 à l'adresse courriel : ergo.recherche@uqtr.ca

Définition de la résilience :

Se définit comme le fait de rebondir lorsque quelqu'un vit des moments difficiles ou des situations adverses particulières.

Section 1 : Informations générales

1. Quel est votre milieu ou contexte de travail?

- Centre Local de Services Communautaires (CLSC)
- Centre d'Hébergement et de Soins de Longue Durée (CHSLD)
- Services externes (Centre de jour)
- Unité de Réadaptation Fonctionnelle Intensive (URFI)
- Unité de Courte Durée de Gériatrie (UCDG)
- Soutien à Domicile (SAD)
- Service Ambulatoire de Gériatrie (SAG)
- Centre de Réadaptation en Déficience Intellectuelle (CRDI/CRDI-TED)
- Centre de réadaptation en Déficience Physique (CRDP)
- Clinique privée
- Autre : Cliquez ici pour taper du texte.

2. Avec quelle clientèle travaillez-vous? Précisez au besoin.

- Enfants Adultes
- Personnes âgées

Précisez : Cliquez ici pour taper du texte.

3. Combien de mois d'expérience avez-vous en tant qu'ergothérapeute?

Cliquez ici pour taper du texte.

4. Avez-vous changé d'emploi ou de programme depuis l'obtention de votre diplôme?

Oui

Non

Si oui, combien de fois? Cliquez ici pour taper du texte.

Section 2 : Questions ouvertes

5. Parmi les habiletés de l'habilitation aux occupations (Townsend, Beagan, Kumas-Tan, Versnel, Iwama, Landry, Stewart et Brown, 2013), lesquelles vous aident à favoriser et soutenir le développement de la résilience chez vos clients? De plus, en quoi estimez-vous que ces stratégies contribuent au développement de la résilience? Soyez le plus concret possible. Voir l'annexe du questionnaire pour la description des dix habiletés.

Adapter

Justifier : Cliquez ici pour taper du texte.

Revendiquer/plaidoyer

Justifier : Cliquez ici pour taper du texte.

Coacher

Justifier : Cliquez ici pour taper du texte.

Collaborer

Justifier : Cliquez ici pour taper du texte.

Consulter

Justifier : Cliquez ici pour taper du texte.

Coordonner

Justifier : Cliquez ici pour taper du texte.

Concevoir/Réaliser

Justifier : Cliquez ici pour taper du texte.

Éduquer

Justifier : Cliquez ici pour taper du texte.

Engager

Justifier : Cliquez ici pour taper du texte.

 Exercer son expertise

Justifier : Cliquez ici pour taper du texte.

6. Donnez un exemple clinique d'une situation dans laquelle un client a fait preuve de résilience, c'est-à-dire qu'il a su rebondir devant l'adversité à un moment ou l'autre, soit pendant la démarche ergothérapique ou plus tard?

Cliquez ici pour taper du texte.

7. Quels sont les obstacles que vous rencontrez lorsque vous tentez d'amener un client à faire un ou des changement(s)?

Cliquez ici pour taper du texte.

8. Quels sont les facilitateurs ou leviers lorsque vous tentez d'amener un client à faire un ou des changement(s)?

Cliquez ici pour taper du texte.

9. Quelles sont les éléments ou stratégies que vous utilisez pour aider le client à augmenter sa confiance en lui afin de mener à un ou des changement(s)?

Cliquez ici pour taper du texte.

10. Quels sont les éléments ou stratégies que vous mettez en place pour établir un partenariat qui favorise l'autodétermination ou l'empowerment du client?

Cliquez ici pour taper du texte.

Section 3 : Questions d'opinions

11. Sur une échelle de 1 à 7, quel est votre niveau d'accord avec cette citation : Lors des interventions, j'oriente mes actions et modalités de telle sorte à favoriser le développement et le maintien de l'identité personnelle du client.

Je suis entièrement
en accord

7	6	5	4	3	2	1
<input type="checkbox"/>						

Je suis totalement
en désaccord

12. Sur une échelle de 1 à 7, quel est votre niveau d'accord avec cette affirmation :
L'ergothérapeute contribue au développement de la résilience des clients en les amenant à s'adapter aux changements.

Je suis
entièvement
en accord

7	6	5	4	3	2	1
<input type="checkbox"/>						

Je suis
totalement en

13. Sur une échelle de 1 à 7, quel est votre niveau d'accord avec cette citation : **Lors des interventions, je mise sur les forces et les compétences du client.**

Je suis
entièvement
en accord

7	6	5	4	3	2	1
<input type="checkbox"/>						

Je suis
totalement en

Merci beaucoup pour votre participation!

ANNEXE DU QUESTIONNAIRE

BRÈVE DESCRIPTION DES DIX HABILETÉS DU MODÈLE CANADIEN DE L'HABILITATION CENTRÉE SUR LE CLIENT (MCHCC) SELON LE DOCUMENT ORIGINAL DU MODÈLE

Habileté	Description
Adapter	Ajuster sur mesure les occupations en fonction d'une situation spécifique grâce à l'analyse de l'activité.
Revendiquer/plaidoyer	Défendre le client, inciter l'autonomisation, ainsi que promouvoir et mobiliser les ressources, comme en faisant pression auprès de décideurs.
Coacher	Responsabiliser et guider le client tout en développant et maintenant un partenariat.
Collaborer	Travailler en tant que partenaire avec le client en l'impliquant au maximum dans tout le processus thérapeutique et en partageant le pouvoir .
Consulter	Agir en tant que conseiller pour donner des idées et des conseils au client tout en favorisant les échanges de points de vue.
Coordonner	Coordonner, superviser et organiser afin de gérer les ressources ou afin de faire des liaisons par exemple. Il s'agit d'harmoniser tous les éléments et individus nécessaires dans le processus thérapeutique.
Concevoir et réaliser	Réaliser, créer et trouver des stratégies pour concevoir des produits ou pour ajuster ou adapter des environnements par exemple.
Éduquer	Favoriser l'apprentissage et la formation des clients entre autres par l'expérience.
Engager	Impliquer le client en favorisant l'engagement dans le processus thérapeutique et en promouvant l'agir dans les occupations.
Exercer l'expertise, mettre à profit son expertise	Appliquer des techniques pratiques ou toutes stratégies appropriées permettant au client de se mobiliser et ce, basées sur des modèles spécifiques.

ANNEXE F
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE À LA RECHERCHE AVEC DES ÉTRES HUMAINS



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÉTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : Résilience et interventions en ergothérapie : Exploration de ce qu'en pensent des ergothérapeutes

Chercheurs : Elaine Beaupré
Département d'ergothérapie
Martine Brousseau
Département d'ergothérapie

Organismes : Aucun financement

N° DU CERTIFICAT : CER-14-200-07.04

PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 04 avril 2014 au 04 avril 2015

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage :

- à aviser le CER par écrit de tout changement apporté à leur protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- à procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminé;
- à aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématuré de la recherche;
- à faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

Hélène-Marie Thérien

Présidente du comité

Fanny Longpré

Secrétaire du comité

Décanat de la recherche et de la création

Date d'émission : 04 avril 2014